

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR  
JONATHAN M. PLANTE

PRATIQUES DES ERGOTHÉRAPEUTES TRAVAILLANT AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE  
MUSCULO-SQUELETTIQUE ET AYANT UNE COMORBIDITÉ DE TROUBLE DE LA  
PERSONNALITÉ LIMITE

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier tous les ergothérapeutes cliniciens ayant participé à ce projet de recherche. Sans vous, ce projet n'aurait jamais pu se réaliser.

J'aimerais remercier Valérie Poulin, ma directrice d'essai, pour son aide, ses conseils et son soutien durant ce long processus qui aura duré plus d'un an. Merci pour les nombreux articles que tu étais la seule à trouver, pour les nombreuses corrections de mes documents et pour t'être rendue disponible lorsque tu étais toi-même très occupée. Je tiens aussi à remercier madame Lyne Desrosiers pour sa rétroaction constructive lors de la relecture de cet essai.

Je remercie aussi Martine Labrecque, ergothérapeute, de m'avoir transmis cette passion pour les troubles de la personnalité limite et m'avoir offert un stage mémorable. Je la remercie aussi pour sa précieuse aide tout au long de ce projet, que ce soit pour de l'information, la correction des vignettes cliniques et autres documents ou pour me transmettre son opinion. Tu étais toujours disponible pour m'aider.

Je remercie également Anick Sauvageau, professeure clinicienne et ergothérapeute, ainsi que Charles Veilleux, ergothérapeute, pour leur aide au niveau de la correction des vignettes cliniques. Je veux aussi remercier Ginette Aubin, professeure, pour son aide et ses idées durant nos cours de séminaires.

Je voudrais aussi remercier certaines collègues de classe, soit Marie-France Béliveau, Cindye Audet et Myriam Thiffeault pour leur aide, leurs idées et leur soutien durant la Maîtrise. Je remercie également Marie-Kim Allard pour la correction rigoureuse apportée à cet essai.

J'aimerais finalement remercier mon père Jacques pour son aide durant toutes mes études, ainsi que ma copine Alexandra Groleau pour son soutien et son aide durant les dernières années, je vous aime.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	3
2.1. Les troubles de la personnalité .....	3
2.1.1. Le trouble de la personnalité limite .....	3
2.1.1.1. Risques de problèmes de santé chez les personnes ayant un TPL .....	4
2.2. Les troubles musculo-squelettiques .....	4
2.3. Organisation du système de santé et des services de réadaptation .....	5
2.4. L'ergothérapie et la réadaptation physique .....	6
2.4.1. L'ergothérapie auprès de clients ayant un trouble musculo-squelettique .....	6
2.5. L'alliance thérapeutique .....	8
2.5.1. Alliance thérapeutique auprès d'une clientèle ayant un TPL .....	8
2.5.1.1. Approche thérapeutique auprès des personnes ayant un TPL .....	9
2.6. Question de recherche .....	11
3. CADRE CONCEPTUEL .....	13
4. MÉTHODE .....	18
4.1. Devis de recherche .....	18
4.2. Participants .....	18
4.2.1. Recrutement des participants .....	18
4.3. Collecte des données .....	19
4.3.1. Procédures .....	19
4.3.2. Vignettes .....	19
4.3.3. Questionnaire .....	20
4.4. Analyse des données .....	20
4.5. Considérations éthiques .....	21
5. RÉSULTATS .....	22
5.1. Description des participants .....	22
5.2. Prise en charge des clients ayant un trouble musculo-squelettique .....	23
5.2.1. Niveau de confiance des participants .....	23

5.2.2. Problèmes identifiés .....	24
5.2.2.1. Problèmes reliés spécifiquement au trouble de la personnalité limite.....	25
5.2.3. Interventions .....	25
5.2.4. Décision de poursuivre ou cesser les traitements .....	26
5.2.5. Références à d'autres professionnels.....	27
5.3. Différences de pratiques entre les deux vignettes .....	28
6. DISCUSSION.....	30
6.1. Retour sur les buts et les résultats de l'étude.....	30
6.1.1. Niveau de confiance à traiter des clients ayant un TPL .....	30
6.1.2. Identification des problèmes liés au TPL et références vers d'autres ressources....	30
6.1.3. Interventions recommandées .....	31
6.1.4. Effet contre-transférentiel.....	32
6.1.5. Possibilité de biais de réponse.....	33
6.2. Forces et limites de l'étude.....	34
6.2.1. Forces .....	34
6.2.2. Limites .....	34
6.3. Implications pour la pratique.....	35
7. CONCLUSION .....	38
RÉFÉRENCES .....	39
ANNEXE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES GÉNÉRAUX DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ .....	44
ANNEXE B CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE.....	45
ANNEXE C RÉSUMÉ DU PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	46
ANNEXE D LISTE DES STRATÉGIES FACILITANT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE .....	47
ANNEXE E MODÈLE DE LA RELATION INTENTIONNELLE DE TAYLOR (2008).....	48
ANNEXE F LETTRE D'INFORMATION .....	49
ANNEXE G FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	52
ANNEXE H VIGNETTE 1 .....	53
ANNEXE I VIGNETTE 2.....	54
ANNEXE J QUESTIONNAIRES.....	56
ANNEXE K CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....	62

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1.	Description des participants.....	22
Tableau 2.	Description de la clientèle des participants.....	23
Tableau 3.	Niveau de confiance des participants.....	24
Tableau 4.	Résumé de la recherche documentaire dans les bases de données .....	46

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1.	Modèle de relation thérapeutique auprès d'une clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité limite .....	14
Figure 2.	Modèle de la relation intentionnelle en ergothérapie (Model of the intentional relationship in occupational therapy).....	48
Figure 3.	Certificat d'éthique de la recherche .....	62

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
MSSSQ	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
NICE	<i>National Institute for health and Care Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
TPL	Trouble de la personnalité limite



## RÉSUMÉ

**Problématique :** Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite (TPL) peuvent présenter des comportements à risque de blessures (exemple : conduite automobile dangereuse, automutilations, etc.), dont des blessures musculo-squelettiques, qui pourront affecter la réalisation de leurs activités quotidiennes et justifier le besoin de services de réadaptation physique. Lors de la réadaptation, des difficultés touchant notamment la relation avec les thérapeutes et l'engagement dans la thérapie sont susceptibles d'être observées chez certains de ces clients. Dans le système de santé actuel, où les troubles d'ordre psychiatrique et ceux d'ordre physique sont généralement pris en charge par des programmes différents, il est possible de se demander à quel point les ergothérapeutes en réadaptation physique sont en mesure d'adapter leur approche en fonction des besoins des clients atteints à la fois de troubles musculo-squelettiques et d'un TPL. **Objectifs :** Documenter les pratiques cliniques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle présentant des troubles musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de trouble de la personnalité limite. Plus spécifiquement, la recherche vise à déterminer si les cliniciens sont en mesure de reconnaître les difficultés pouvant être rencontrées par les personnes ayant un TPL lors du processus de réadaptation (ex. : difficultés d'engagement dans la thérapie) et d'adapter leur approche thérapeutique en conséquence. **Cadre conceptuel :** Le cadre conceptuel utilisé pour guider l'étude est basé sur une adaptation du *Model of the intentional relationship in occupational therapy* de Renée R. Taylor et permet de représenter la relation thérapeutique avec un client souffrant d'un TPL. **Méthode :** Il s'agit d'une enquête descriptive transversale où deux vignettes cliniques ainsi qu'un questionnaire auto-administré ont été envoyés à des ergothérapeutes travaillant avec des clients ayant des troubles musculo-squelettiques. De ces deux vignettes, l'une décrivait une cliente sans comorbidité de santé mentale, l'autre une cliente ayant un TPL. Les ergothérapeutes étaient invités à identifier les problèmes et à décrire leurs interventions avec les clients présentés dans les vignettes, puis à renvoyer le sondage via une enveloppe de retour préaffranchie. **Résultats :** Cinq participants (4 femmes et 1 homme) ont complété et retourné le questionnaire. De façon générale, l'ensemble des cliniciens rapportent se sentir moins confiants à traiter la cliente ayant un TPL que l'autre cliente sans comorbidité. Bien qu'une majorité de participants aient été en mesure d'identifier certains problèmes (ex. : problèmes survenus dans la thérapie ou liés aux aspects psychosociaux) ou certaines stratégies d'intervention adéquates auprès de la cliente ayant un TPL (ex. : contrat thérapeutique), des variations importantes dans les pratiques sont notées entre les participants. Aussi, des différences de pratiques ressortent entre la cliente sans TPL et celle qui en souffre. **Discussion :** Les résultats font ressortir des variations dans les pratiques cliniques ainsi qu'un besoin de formation des cliniciens afin de mieux les outiller à intervenir avec confiance auprès d'une clientèle atteinte de troubles musculo-squelettiques et d'un TPL. Des pistes de solutions et des ressources pour la formation des cliniciens ont aussi été identifiées dans le but d'améliorer les pratiques cliniques. **Conclusion :** La présente étude contribue aux connaissances dans un domaine jusqu'ici peu exploré. Dans des recherches futures, il serait pertinent de valider les résultats de cette étude à l'aide d'une enquête de plus grande taille.

**Mots clés:** Trouble de la personnalité limite (TPL), trouble musculo-squelettique, ergothérapie, réadaptation physique, pratique clinique

**Key words:** Borderline personality disorder (BPD), musculoskeletal disorder, occupational therapy, physical rehabilitation, clinical practice

## 1. INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité limite, ou plus communément appelé TPL, est un trouble psychiatrique caractérisé entre autres par une grande instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, des émotions et des comportements (American Psychiatric Association, 2013). Les difficultés relationnelles présentes chez les personnes ayant un TPL ainsi que leurs difficultés à rester engagées dans leurs thérapies (Howard, Mayer, Theodore, & Gatchel, 2009) peuvent faire sortir les thérapeutes de leur zone de confort en leur faisant vivre des contre-transferts négatifs et puissants (Villeneuve & Lemelin, 2009).

Lors de l'un de mes stages à la Clinique du Centre, une clinique externe offrant des services aux personnes ayant un TPL, j'ai pu mieux comprendre ce qu'était le TPL, et aussi apprendre à entrer en relation avec ces personnes et à établir un cadre thérapeutique approprié afin de gérer leurs comportements. En cherchant des données probantes pertinentes à cette clientèle, il a été possible de trouver une étude démontrant la propension des personnes ayant un TPL à souffrir de problèmes de santé physique (El-Gabalawy, Katz, & Sareen, 2010) dont notamment des troubles musculo-squelettiques. Dès lors, j'ai réalisé que la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité était aussi susceptible d'être rencontrée dans un contexte de réadaptation physique. Puisque les stratégies pour établir et maintenir la relation thérapeutique avec une personne souffrant d'un TPL ne sont pas les mêmes qu'avec un client sans trouble de santé mentale, je me suis demandé comment les ergothérapeutes travaillant en réadaptation physique faisaient face à ce défi clinique. Ceux-ci peuvent avoir à offrir des services à des clients ayant un TPL, mais sont-ils en mesure d'identifier les difficultés et les besoins spécifiques à cette clientèle? Savent-ils comment interagir et adapter leur approche thérapeutique avec cette clientèle?

C'est dans le but de répondre à ces questions que je réalise cet essai. Dans un premier temps, la problématique concernant le TPL et la réadaptation physique auprès d'une clientèle présentant des troubles musculo-squelettiques sera posée. Il sera entre autre question des définitions des différents concepts, dont celui du TPL et des troubles musculo-squelettiques, ainsi que leurs liens menant à la question de recherche. Dans un deuxième temps, le cadre

théorique sera présenté et expliqué, suivi par la méthode de recherche. Dans un troisième temps, les résultats seront présentés, suivis d'une discussion sur les résultats et les implications cliniques. Enfin, l'essai se terminera avec la conclusion et les recommandations pour les recherches futures.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

La présente section fait état des connaissances actuelles sur les différents éléments de la problématique, notamment les troubles de la personnalité, les troubles musculo-squelettiques, l'organisation du système de santé, l'ergothérapie en réadaptation physique et l'alliance thérapeutique.

### **2.1. Les troubles de la personnalité**

Les troubles de la personnalité sont des troubles d'ordre psychiatrique, dont les critères diagnostiques se retrouvent dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) publié par l'*American Psychiatric Association* (APA). Les définitions utilisées dans cet essai proviennent de la version française la plus récente du DSM, soit le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004), qui contient les mêmes critères diagnostiques de la plus récente version, soit le DSM-5 (APA, 2013). Les troubles de la personnalité sont au nombre de dix et se caractérisent par une « modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie . . . de ce qui est attendu dans la culture de l'individu » et qui entraîne une souffrance significative (APA, 2004, p.285). Les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité sont présentés en détails à l'Annexe A. Les troubles de la personnalité sont classifiés en trois catégories (groupe A, B et C), où les troubles ayant des caractéristiques communes sont réunis (APA, 2013, p.646). La prévalence des troubles de la personnalité s'élève à environ 13.4% dans la population générale (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

#### **2.1.1. Le trouble de la personnalité limite**

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est l'un des troubles de la personnalité du groupe B. « Les individus ayant ces troubles [du groupe B] apparaissent souvent comme dramatiques, émotionnels, ou erratiques » (APA, 2013, p.646, [traduction libre]). Le TPL a une prévalence se situant entre 1.6% et 5.9% chez la population générale (APA, 2013; Grant & coll., 2008). Il se définit par un « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée » (APA, 2004). Les critères diagnostiques complets du TPL sont présentés à l'Annexe B. Au plan fonctionnel, les gens souffrant d'un TPL peuvent avoir des difficultés à organiser leurs occupations quotidiennes et

à s'adapter à la vie de tous les jours (Falklof & Haglund, 2010).

#### *2.1.1.1. Risques de problèmes de santé chez les personnes ayant un TPL*

Il est reconnu que les troubles de santé mentale sont fréquemment associés à des problèmes de santé physique (Stanley, Laugharne, Addis, & Sherwood, 2013; Weiss, Haber, Horowitz, Stuart, & Wolfe, 2009). Les personnes ayant un TPL n'y font pas exception. En effet, certaines études montrent un lien entre la présence d'un TPL et des problèmes de santé physique, comme l'obésité (Stanley & coll., 2013), les maladies cardiaques, hépatiques et gastro-intestinales (El-Gabalawy & coll., 2010) de même que la douleur chronique (Sansone & Sansone, 2012). De plus, en raison de leur impulsivité les amenant à adopter des comportements potentiellement dommageables (ex. : conduite automobile dangereuse, automutilations, blessure à une main suite à un coup de poing dans un mur, etc.), comme en témoignent les critères 4 et 5 du DSM (APA, 2004; APA, 2013, p.664), les personnes ayant un TPL sont aussi à risque de blessures physiques, dont des blessures musculo-squelettiques, par exemple à la suite d'un accident (Davison, 2002). Une étude prospective de Ottosson, Pettersson, Bergman et Ponzer (2010) suggère d'ailleurs que la présence d'un trouble de personnalité du groupe B, incluant le TPL, était notée chez 33% des patients ayant des troubles musculo-squelettiques mineurs à la suite d'un accident de la route. Plus spécifiquement, les personnes souffrant d'un TPL constituaient 10% des blessés. Une autre étude de Howard et ses collaborateurs (2009) établit aussi certains liens entre le TPL et les blessures musculo-squelettiques en suggérant que les personnes souffrant d'un TPL abandonneraient prématurément leurs thérapies en réadaptation physique (Howard & coll., 2009).

## **2.2. Les troubles musculo-squelettiques**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les troubles musculo-squelettiques comme :

[...] des atteintes de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire des muscles, des tendons, du squelette, des cartilages, des ligaments et des nerfs. Les troubles musculo-squelettiques [...] couvrent toutes sortes d'affections, des troubles légers et passagers jusqu'aux lésions irréversibles et aux états chroniques d'incapacités. (OMS, 2004)

On y retrouve des contraintes et ruptures des muscles, des ligaments et des nerfs, des fractures et de la dégénérescence des os et du cartilage (OMS, 2004). Les troubles musculo-squelettiques, particulièrement lorsqu'ils sont plus graves peuvent affecter la réalisation des activités quotidiennes de la personne et mener à un besoin de réadaptation physique (Flinn, Jackson, Gray, & Zemke, 2008).

### **2.3. Organisation du système de santé et des services de réadaptation**

Les activités et soins offerts par le système de santé, dirigés par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ), sont divisés en « programme-service ». Un programme-service est un « ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004, p. 2). Ces programmes sont nommés et divisés selon les services qu'ils offrent. Il est possible de constater que des programmes distincts ont été créés pour les clientèles ayant des problèmes de santé mentale (ex. : programme Santé mentale) et celles ayant des problèmes de santé physique (ex. : programme Santé physique, programme Déficience physique, etc.) (MSSSQ, 2004).

En ce qui concerne spécifiquement les services offerts par les centres de réadaptation, la définition énoncée dans la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS) se veut plus globale et suggère que :

la mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. (MSSSQ, 2014, article 84)

Cette définition s'applique donc à tous les types de centres de réadaptation, que ce soit par exemple les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) ou les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Même si ces organismes ont des missions semblables, leur clientèle est différente, ce qui rend cette définition générale. Il

est donc difficile de saisir le rôle spécifique des CRDP. C'est pourquoi une définition plus précise des CRDP est proposée :

La mission d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, à cause de difficultés physiques, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes. (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2000, p. 9)

Bien qu'elle soit plus précise et applicable à la réalité des CRDP, cette définition ne prend pas en compte la possibilité d'une comorbidité avec un trouble de santé mentale présente chez les patients. Il demeure ainsi possible de se demander comment la prise en charge dans les centres de réadaptation physique est adaptée à la réalité des personnes présentant à la fois une déficience physique et une comorbidité de santé mentale.

## **2.4. L'ergothérapie et la réadaptation physique**

Selon la mission de services énoncée par le MSSSQ pour le programme Déficience physique, « les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale » (MSSSQ, 2004, p. 16). Cet objectif est également cohérent avec le travail de l'ergothérapeute qui, selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), vise à guider le client afin « de faire l'acquisition d'habiletés et d'envisager différentes façons de cibler et de participer aux occupations de leur choix et d'améliorer leurs capacités fonctionnelles » (ACE, n.d., para. 4). Il est donc possible de constater, que les ergothérapeutes, par leur mission de service, sont en mesure d'apporter une contribution significative pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'une déficience physique telle qu'un trouble musculo-squelettique.

### **2.4.1. L'ergothérapie auprès de clients ayant un trouble musculo-squelettique**

Considérant que les troubles musculo-squelettiques englobent une grande variété de pathologies, pouvant toucher les muscles, les os, les cartilages et même les nerfs, les objectifs et les interventions des ergothérapeutes auprès de cette clientèle sont très diversifiés. Par exemple, pour les personnes ayant un trouble musculo-squelettique affectant le membre



inférieur, les interventions peuvent inclure, entre autres, l'entraînement à la mobilisation au lit, aux transferts et aux déplacements ainsi qu'à l'habillage et aux soins personnels du bas du corps, en intégrant également, s'il y a lieu, l'enseignement de stratégies pour le respect des restrictions de mouvements (Lawson & Murphy, 2013; Maher & Bear-Lehman, 2008). L'ergothérapeute peut également adopter une approche compensatoire, si nécessaire, en procédant à des recommandations d'aides techniques ou d'adaptations des occupations de la personne (Lawson & Murphy, 2013; Maher & Bear-Lehman, 2008). Pour les blessures à la main ou aux autres régions du membre supérieur, d'autres interventions spécifiques peuvent porter sur le contrôle de l'œdème de la région affectée, la gestion des cicatrices et des plaies, l'établissement d'une routine de mobilisation passive et/ou active ou d'un programme d'exercices gradués incluant la simulation d'occupations, ainsi que la fabrication d'orthèses (ex. : orthèse de repos, dynamique, de contrainte) (Cooper, 2008; Kasch & Walsh, 2013). Enfin, pour les personnes souffrant de maladies chroniques touchant le système musculo-squelettique comme l'arthrite, il peut s'agir également d'éduquer le client sur la maladie, favoriser l'engagement dans des activités significatives, maintenir ou augmenter la mobilité articulaire et la force musculaire, maximiser l'endurance, améliorer la gestion de l'énergie et la protection des articulations ainsi que fournir des orthèses (ex. : pour réduire l'inflammation et la douleur et prévenir les mouvements inappropriés et les difformités). La modification de l'environnement et la recommandation d'aides techniques sont aussi grandement utilisées (Melvin, 1989, cité dans Deshaies, 2013; Yasuda, 2008). Ce ne sont ici que quelques exemples d'interventions et d'objectifs auprès de certaines clientèles ayant un trouble musculo-squelettique couramment rencontrées en réadaptation physique. Cependant, quelles seraient les interventions à faire pour une clientèle souffrant à la fois d'un trouble musculo-squelettique et d'un TPL? Aucun écrit scientifique abordant spécifiquement cette question n'a été identifié.

Néanmoins, il importe de mentionner que l'ergothérapeute, lors de ses interventions, doit considérer l'ensemble des facteurs psychosociaux (ex. : motivation du client, stratégies d'adaptation, soutien de l'environnement social, etc.) susceptibles d'affecter le processus de réadaptation et l'adaptation du client face à sa nouvelle condition (Precin, 2013; Solet, 2008). L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique entre le client et l'ergothérapeute, tel

qu'expliqué ci-après, représente aussi un élément important dans le succès de la réadaptation (Martin, Garske, & Davis, 2000).

## **2.5. L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est un concept provenant de la psychothérapie, et peut être définie comme « la collaboration et le lien affectif entre le thérapeute et son patient » (Martin & coll., 2000, p. 438, [traduction libre]). Selon Bordin (1979), l'alliance thérapeutique comprend trois caractéristiques, soit : l'accord sur les objectifs thérapeutiques, une assignation à une tâche ou une série de tâches et le développement de liens. Cet auteur considère l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute comme « l'une des clés, sinon la clé, du processus de changement » (Bordin, 1979, p. 252, [traduction libre]). Une revue systématique a aussi démontré que l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique avec le client augmente l'adhésion au traitement et la satisfaction des clients face aux services reçus (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010). De plus, une bonne adhésion au traitement ou la participation active aux séances de réadaptation, est positivement reliée à de meilleurs résultats ainsi qu'à une réadaptation plus rapide que lorsque l'adhésion est faible (Lenze & coll., 2004). Il existe donc un lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie, tel que démontré aussi dans une méta-analyse portant sur une population souffrant de troubles mentaux (Martin & coll., 2000).

### **2.5.1. Alliance thérapeutique auprès d'une clientèle ayant un TPL**

Les personnes souffrant d'un TPL ont des difficultés d'ordre relationnel (APA, 2004; APA, 2013). Cette difficulté relationnelle peut amener des difficultés dans la thérapie (ex. : régression sévère des acquis, difficultés à maintenir un lien positif) (APA, 2013, p. 665), et générer un sentiment d'impasse chez le thérapeute (Bouchard, 2010). Certaines études démontrent également que les personnes ayant un TPL sont à risque d'abandon de thérapie (APA, 2006; Howard & coll., 2009). Aussi, de par leurs difficultés relationnelles et leurs comportements perturbateurs en thérapie, les personnes souffrant d'un TPL peuvent faire vivre une « gamme intense d'émotions [aux] intervenants telles que : impuissance, rage, rejet, peur, angoisse, haine, vengeance » (Villeneuve & Lemelin, 2009, p. 200).

Les recommandations issues de guides de pratiques suggèrent qu'une bonne alliance thérapeutique amène des résultats positifs dans le traitement des personnes ayant un TPL (APA, 2006; National Institute for health and Care Excellence (NICE), 2009). Considérant l'importance de l'alliance thérapeutique sur l'adhésion au traitement et sur les résultats des thérapies, tel que mentionné précédemment, il est donc primordial d'établir une bonne alliance thérapeutique auprès de cette clientèle.

#### *2.5.1.1. Approche thérapeutique auprès des personnes ayant un TPL*

Afin de déterminer les stratégies ou pratiques cliniques qui peuvent aider à créer, maintenir ou améliorer l'alliance thérapeutique auprès de la clientèle ayant un TPL, une revue exhaustive et structurée de la littérature a été réalisée. Les bases de données CINAHL, Medline, PsychINFO ainsi que la *Cochrane library* ont été consultées en utilisant les mots-clés "*borderline personality disorder*" OR "BPD", AND "*therapeutic alliance*" OR "*therapy engagement*" OR "*compliance*". Parmi les 207 articles trouvés, 9 ont été retenus et correspondaient aux critères d'inclusion. Le résumé du processus de recherche de cette revue de la littérature ainsi que les critères d'inclusion sont disponibles à l'Annexe C (Tableau 4). Différentes stratégies favorisant l'établissement de l'alliance thérapeutique chez cette clientèle ont été identifiées dans les articles retenus, puis validées par une clinicienne travaillant auprès de personnes ayant un TPL. La liste des neuf stratégies identifiées est disponible à l'Annexe D. La première stratégie est l'obtention du consentement du client au plan d'intervention (APA, 2006; Bordin, 1979; Burckell & McMain, 2011). Ce consentement doit être explicite de la part du client. La deuxième stratégie est de respecter le client comme une personne à part entière et de croire qu'il peut changer (Burckell & McMain, 2011; NICE, 2009). Ceci favorisera l'établissement de l'alliance, mais il peut être difficile d'y arriver dans un contexte de contre-transfert négatif. La troisième stratégie implique que la thérapie soit basée sur une relation de confiance où chacun influence l'autre (Burckell & McMain, 2011; NICE, 2009). Cette stratégie peut ressembler à la deuxième, mais elle va plus loin au niveau de la relation thérapeutique où il y a un échange mutuel entre les deux parties. Le quatrième élément consiste en une série de comportements du thérapeute qui facilitent l'alliance avec cette clientèle, telles que être calme, patient, compétent, flexible et empathique (voir la liste complète disponible à l'Annexe D) (Bessette, 2010; Fallon, 2003; NICE, 2009). La cinquième

stratégie à adopter par le thérapeute est d'être cohérent et fiable (NICE, 2009). Bien que la cohérence et la fiabilité pourraient être intégrées à la liste de comportements mentionnés précédemment, elles sont abordées ici séparément puisque ce sont des attitudes essentielles auprès de cette clientèle et non pas seulement des facilitateurs de l'alliance. Par exemple, lorsque l'on prend un engagement ou un accord avec un client souffrant d'un TPL, il faut le respecter et être cohérent d'une fois à l'autre. La sixième stratégie est d'encourager le client dans son traitement, sa mise en action et renforcer ses bons coups (APA, 2006; NICE, 2009). La septième stratégie est l'établissement du contrat thérapeutique (APA, 2006; Bordin, 1979); celui-ci permettra au thérapeute d'établir les limites de la thérapie et fera en sorte de contrôler les excès ou les comportements inappropriés du client, sous peine de mettre fin à la thérapie. La huitième stratégie consiste à interpréter les gestes et paroles du client, et, dans certains cas, confronter le client par rapport à certains comportements spécifiques qui interfèrent avec la réadaptation. Cependant, cette stratégie ne doit être utilisée que si la relation thérapeutique est établie depuis suffisamment longtemps (APA, 2006). Enfin, la neuvième et dernière stratégie est d'avoir un équilibre entre l'acceptation et le changement dans les stratégies d'intervention (Linehan, 1993; Sneed, Balestri, & Belfi, 2003). Étant donné que les personnes ayant un TPL ont une pensée dichotomique (Falklof & Haglund, 2010), le thérapeute doit guider le client à peser les points positifs et négatifs d'une situation. Par exemple, le client pourrait croire qu'il est soit rétabli à 100% ou, au contraire, qu'il est condamné. C'est le thérapeute, par ses interventions, qui aidera le client à avoir une image plus juste de lui-même.

La recension des écrits suggère également qu'il existe plusieurs thérapies spécifiques pour traiter les personnes souffrant d'un TPL, par exemple la thérapie dialectique de Linehan qui vise la diminution des comportements dommageables et le développement de la pensée dialectique (remède à la pensée dichotomique) (Janelle & Labelle, 2009; Linehan, 1993; Villeneuve & Lemelin, 2009). Cependant, ces thérapies ont un but précis, soit l'autogestion des impacts du TPL dans la vie quotidienne des gens qui en souffrent (Villeneuve & Lemelin, 2009), et elles s'exercent dans les cliniques spécialisées par des professionnels formés (Janelle & Labelle, 2009). Les thérapeutes qui travaillent dans les programmes de santé physique et de déficience physique ne peuvent offrir ce type de thérapie qui dépasse le mandat de leur programme (Association des centres jeunesse du Québec, Association des établissements de

réadaptation en déficience physique du Québec, Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, & Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et aux toxicomanes, 2004). De plus, tel que constaté lors de la réalisation de la revue de la littérature, il n'existe aucun écrit pour guider spécifiquement la prise en charge des personnes présentant des troubles musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de trouble de la personnalité limite.

La littérature dans le domaine de la santé mentale suggère toutefois différentes attitudes et stratégies concrètes à adopter auprès des personnes ayant un TPL, telles que l'établissement d'un contrat thérapeutique et de limites claires. Cependant, aucune étude à ce jour, à notre connaissance, n'a déterminé si ces principes sont appliqués par les thérapeutes en réadaptation physique.

Parallèlement à cela, il est également possible de se demander à quel point les thérapeutes travaillant en réadaptation physique arrivent à bien reconnaître les difficultés potentiellement attribuables au TPL et leurs impacts dans le processus de réadaptation. Malgré que la comorbidité entre les troubles de santé mentale et de santé physique soit connue, des études ont démontré des lacunes dans l'identification des troubles psychiatriques, notamment par les médecins pratiquant auprès de patients ayant un trouble musculo-squelettique ou cardiovasculaire (Härter, Woll, Reuter, Wunsch, & Bengel, 2004), ainsi que dans la reconnaissance des symptômes de dépression chez une clientèle gériatrique par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes travaillant dans une unité de réadaptation (Ruchinskas, 2002).

## **2.6. Question de recherche**

Dans ce contexte, un questionnement important émerge : Les ergothérapeutes travaillant en réadaptation physique, plus particulièrement avec une clientèle musculo-squelettique, sont-ils en mesure de reconnaître les difficultés pouvant être rencontrées par les personnes ayant un TPL lors du processus de réadaptation et d'adapter leur approche thérapeutique en conséquence?

L'objectif général de recherche découlant de cette question est de documenter les pratiques cliniques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle présentant des troubles musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de trouble de la personnalité limite. Plus spécifiquement, la recherche vise à déterminer si les cliniciens sont en mesure : 1) de reconnaître les difficultés pouvant être rencontrées par les personnes ayant un TPL lors du processus de réadaptation (ex. : difficultés d'engagement dans la thérapie); 2) d'adapter leur approche en utilisant des stratégies appropriées pour assurer l'alliance et l'engagement dans la thérapie et/ou en référant le client aux ressources appropriées.

### 3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel utilisé dans ce projet est basé sur le *Model of the intentional relationship in occupational therapy* (Modèle de la relation intentionnelle en ergothérapie [traduction libre]) de Renée R. Taylor provenant du livre *The Intentional Relationship : Occupational Therapy and Use of Self* (Taylor, 2008). Le modèle de Taylor (Figure 2) est présenté à l'Annexe E. Ce modèle explique le processus de la relation thérapeutique en ergothérapie. Il commence avec le client et l'ergothérapeute, desquels découle une relation interpersonnelle thérapeutique grâce à la communication établie entre eux. L'ergothérapeute, de par sa formation, vise à favoriser l'engagement occupationnel du client dans une ou des occupations désirées par ce dernier. Pour y arriver, le thérapeute emploie des stratégies thérapeutiques enracinées dans des modèles de pratique existants, comme par exemple le modèle Biomécanique, le Modèle de l'occupation humaine ou le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO). Ce modèle inclut aussi le concept d'événement interpersonnel qui « est une communication, une réaction, un processus, une tâche ou une circonstance générale qui se produit naturellement durant la thérapie et qui a le potentiel de nuire ou de renforcer la relation thérapeutique » (Taylor, 2008, p. 49, [traduction libre]). Taylor (2008) suggère que «Ce modèle devrait être complémentaire aux méthodes et aux modèles déjà existants en rendant le processus d'établissement d'une relation réussie avec les clients plus facile, plus clair et plus direct » (Taylor, 2008, p. 47, [traduction libre]). Ce modèle est utilisé, puisqu'il explique le processus de la relation thérapeutique entre un thérapeute et son client, ainsi que les éléments à prendre en compte dans cette relation, comme l'engagement occupationnel du client ainsi que les événements interpersonnels pouvant se produire lors d'une thérapie. Or, la question de recherche de ce projet s'intéresse à l'approche thérapeutique auprès d'une clientèle présentant à la fois un TPL et des troubles musculo-squelettiques. Ce modèle est pertinent afin d'aborder cette question de recherche. Bien que ce modèle soit exhaustif, il est général et ne répond pas parfaitement à la réalité des personnes ayant un TPL en thérapie. C'est pourquoi une adaptation de ce modèle a été développée afin de répondre aux exigences de ce projet qui vise à documenter la pratique clinique auprès d'une clientèle ayant une comorbidité précise, soit le TPL. Ce modèle adapté est présenté à la Figure 1 à la page suivante.





comportements, des relations et des cognitions. Les personnes qui en sont atteintes peuvent ainsi avoir de la difficulté à orienter leurs actions vers un but à long terme. C'est ainsi qu'elles peuvent osciller entre une position où elles veulent de l'aide et désirent se mobiliser et une autre où elles ne veulent plus poursuivre leur démarche. C'est pourquoi l'élément de l'acceptation est important à prendre en compte afin de bien faire progresser la thérapie.

Le deuxième élément est le thérapeute. Le thérapeute intervient afin de favoriser le fonctionnement optimal du client dans ses occupations quotidiennes, en diminuant l'impact de ses incapacités physiques et affectives et en considérant son environnement. Le thérapeute doit cependant présenter plusieurs comportements-clés afin que la relation thérapeutique (soit le troisième élément du modèle) soit positive avec le client ayant un TPL. Ces comportements propres au thérapeute, provenant de la revue de la littérature, sont de :

- Respecter le client comme individu à part entière et croire qu'il peut changer;
- Être calme, patient, flexible, serviable, soutenant, à l'écoute, positif, accessible, sensible;
- Être empathique, être « direct » avec le client et fixer des limites claires sans être punitif ou le juger;
- Être cohérent, fiable, compétent, authentique et réel.

Bien que ces éléments facilitent l'établissement d'une relation thérapeutique positive, d'autres éléments, provenant de la littérature, doivent également être présents afin que la relation thérapeutique soit satisfaisante pour le client et le thérapeute :

- Le client doit consentir au plan d'intervention;
- La thérapie doit être basée sur une vraie relation de confiance où chacun influence l'autre.

Le quatrième élément du modèle représente les occupations saines. Les personnes souffrant d'un TPL peuvent avoir des occupations malsaines telles les dépenses irresponsables et l'abus de substances (APA, 2013). C'est pourquoi l'emphasis, dans ce modèle, est mise sur les occupations saines dans lesquelles le client doit s'engager. Le thérapeute utilise différentes stratégies d'intervention en ergothérapie, en s'appuyant sur des modèles conceptuels pertinents (ex. : modèle Biomécanique, MCREO), pour aider le client dans son engagement occupationnel. Certaines de ces stratégies et modalités d'intervention visant à aider le client à

pallier son trouble musculo-squelettique ont été présentées dans la section 2.4.1. de la problématique. Par exemple, l'utilisation d'une orthèse dynamique permettant l'extension du poignet pour un client souffrant d'une lésion du nerf radial pourrait être appliquée. De plus, les stratégies ergothérapeutiques de base comme l'analyse d'activité et la gradation d'activité sont des stratégies qui sont utilisées par l'ergothérapeute pour aider le client à participer à ses occupations quotidiennes. Il doit aussi encourager le patient à s'engager dans son traitement, en favorisant sa mise en action et en soulignant ses accomplissements. Aussi, lorsque le thérapeute le juge pertinent, il peut ultimement référer le client vers d'autres ressources spécialisées pour son TPL.

Le cinquième et dernier élément du modèle est l'événement perturbateur. Celui-ci est produit par le client lorsque survient un événement qui interfère avec la thérapie ou la relation thérapeutique : 1) en ayant des absences récurrentes; 2) des retards importants et persistants; ou 3) en menaçant ou critiquant le thérapeute. Cette réaction pourrait être déclenchée à la suite d'un geste posé par le thérapeute (ex. : absence du thérapeute, annulation d'une séance de thérapie), d'une discussion portant sur la manière dont la thérapie se déroule (APA, 2013, p. 665) ou encore sans raison apparente à première vue. L'événement pourrait même être l'abandon de la thérapie par le client. Si le client souffrant d'un TPL ne produit pas d'événement perturbateur, la thérapie suit alors son cours normal. L'événement perturbateur influence aussi le thérapeute en lui faisant vivre un contre-transfert négatif. Un contre-transfert est une réaction inconsciente, la plupart du temps, du thérapeute, à l'égard de son patient, en lien avec le transfert de ce dernier (Charron, Dumet, Guéguen, Lieury, & Rusinek, 2007). Le transfert, qui est un concept complexe, est le sentiment vécu par le client à l'endroit du thérapeute, qui s'exprime par des émotions et une interaction relationnelle inconscientes (Charron et coll., 2007). Le transfert et le contre-transfert sont des concepts complexes issus de la psychodynamique. Le thérapeute élabore alors une réponse thérapeutique à l'événement, afin d'arrêter ou de diminuer l'événement perturbateur, en établissant par exemple un contrat thérapeutique expliquant les limites de la thérapie. Le thérapeute collabore avec le patient pour identifier les facteurs qui interfèrent avec la poursuite de son traitement et cherche des solutions pour en diminuer l'impact sur le traitement. La réponse thérapeutique du thérapeute influence l'événement (par exemple en diminuant les absences et retards). Ceci peut influencer

par le fait même le client dans son comportement. L'événement perturbateur influence aussi la relation thérapeutique, qui peut devenir plus tendue.

## **4. MÉTHODE**

### **4.1. Devis de recherche**

Afin de documenter les pratiques cliniques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle présentant des troubles musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de TPL, cette étude utilise un devis de recherche qualitatif de type descriptif, puisqu'elle vise « principalement à fournir un portrait précis des caractéristiques de personnes, de situations, de groupes [...] » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 601). Plus précisément, il s'agit d'une enquête descriptive transversale, car le but est d'apprécier, à un moment précis, le portrait des pratiques courantes des ergothérapeutes afin de faire des comparaisons et des évaluations; comme le suggère la définition de l'enquête descriptive de Fortin et Gagnon (2010). De plus, l'étude est transversale puisque les données sont recueillies à un moment précis dans le temps (Fortin & Gagnon, 2010). Plus spécifiquement, les données de cette enquête sont recueillies à l'aide d'un questionnaire envoyé par la poste.

### **4.2. Participants**

La population cible de cette étude s'avère être des ergothérapeutes cliniciens, travaillant avec une clientèle souffrant de troubles musculo-squelettiques. Les critères d'inclusion précis sont :

1. travailler comme ergothérapeute clinicien dans le domaine de la réadaptation physique;
2. travailler avec une clientèle ayant des troubles musculo-squelettiques;
3. détenir une expérience clinique d'au moins six mois avec la clientèle musculo-squelettique.

Le seul critère d'exclusion est l'incapacité de lire et d'écrire en français.

#### **4.2.1. Recrutement des participants**

Le recrutement des participants s'est effectué en deux temps. Dans un premier temps, à l'aide d'une méthode d'échantillonnage par réseaux, des ergothérapeutes cliniciens potentiellement admissibles, connus de l'étudiant-chercheur ou de sa directrice de recherche, ont été identifiés et contactés par courrier électronique afin de connaître leur intérêt à participer à l'étude. Ils ont aussi été invités à transmettre les coordonnées de l'étudiant-

chercheur à des collègues qui auraient pu être intéressés à participer à cette étude. Dans un deuxième temps, l'étudiant-chercheur a aussi utilisé la liste des ergothérapeutes travaillant dans le domaine privé se retrouvant sur le site internet de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Dans cette liste, une recherche a été faite afin de trouver les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle musculo-squelettique et pratiquant en Mauricie. Les personnes trouvées ont été contactées par téléphone afin de savoir si elles étaient intéressées à participer à l'étude.

### **4.3. Collecte des données**

#### **4.3.1. Procédures**

Lorsqu'une personne acceptait de participer à l'étude, une enveloppe contenant le sondage était envoyée contenant :

1. la lettre d'information de l'étude (Annexe F);
2. le formulaire de consentement à signer (Annexe G);
3. deux vignettes cliniques décrivant une situation semblable entre deux clientes différentes, l'une sans comorbidité de santé mentale et l'autre souffrant d'un TPL (Annexe H et Annexe I);
4. le questionnaire visant à documenter les caractéristiques des participants ainsi que leurs interventions avec chacune des clientes (Annexe J);
5. une enveloppe de retour préaffranchie.

Les participants devaient lire la lettre d'information et signer le formulaire de consentement. Par la suite, ils devaient lire les deux vignettes et répondre au questionnaire durant leur temps personnel. Une fois le questionnaire rempli, ils devaient renvoyer, via l'enveloppe de retour, le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire. Les enveloppes ont été envoyées au bureau de la directrice de recherche de l'étudiant-chercheur afin d'assurer la confidentialité des données des participants. Un rappel, par téléphone ou par courrier électronique, a été réalisé auprès des ergothérapeutes deux semaines après l'envoi du questionnaire afin de maximiser le taux de réponse des participants.

#### **4.3.2. Vignettes**

L'étudiant-chercheur a construit deux vignettes cliniques, l'une décrivant un client sans comorbidité de santé mentale et l'autre un client ayant un TPL. La vignette décrivant un client

sans comorbidité (i.e. présentant uniquement un trouble musculo-squelettique), sert de base de comparaison pour vérifier les interventions et pratiques typiques des participants en lien spécifiquement avec la présence de troubles musculo-squelettiques. Il est par la suite possible de comparer les interventions auprès d'un client sans trouble de santé mentale et d'un client ayant un TPL. L'élaboration des vignettes s'est faite à l'aide des critères diagnostiques du trouble (selon le DSM-IV-TR (APA, 2004)), et ces vignettes ont ensuite été soumises à deux cliniciens experts auprès de ces clientèles (i.e. troubles musculo-squelettiques et TPL) pour une vérification de la pertinence de leur contenu. Les versions finales des vignettes et du questionnaire ont aussi été pré-testées auprès d'un autre ergothérapeute ayant une expérience pertinente auprès de la clientèle musculo-squelettique afin de vérifier la clarté et la compréhensibilité des instructions et des questions, et de procéder au besoin à des révisions mineures.

#### **4.3.3. Questionnaire**

Le questionnaire utilisé lors de cette étude contient deux parties. La première partie, qui consiste en un court questionnaire sociodémographique, contient des questions permettant de dresser le profil clinique des ergothérapeutes ayant participé à la recherche. Dans la deuxième partie se trouve ensuite le questionnaire portant sur les vignettes 1 et 2 et permettant de documenter les pratiques des cliniciens. Les mêmes questions sont posées pour chaque vignette afin d'éviter les biais.

#### **4.4. Analyse des données**

L'analyse des données sociodémographiques s'est faite par une analyse statistique descriptive qui a servi à décrire les caractéristiques de l'échantillon (Fortin & Gagnon, 2010). Cette analyse s'est faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les données qualitatives concernant les pratiques des ergothérapeutes ont été analysées grâce à une analyse de contenu (Fortin & Gagnon, 2010). Les questions posées aux cliniciens étant toutes les mêmes, les réponses ont premièrement été classées par thèmes se rapportant aux questions posées et ont été séparées pour chaque vignette. Par la suite, d'autres thèmes ayant ressorti à plusieurs reprises des réponses des participants ont été créés. Il a aussi été possible de faire ressortir les différences et les similitudes entre les réponses aux vignettes 1 et 2. Ce type d'analyse a été

choisi puisqu'il permet de trouver les thèmes saillants, afin de bien documenter la pratique clinique des ergothérapeutes, en lien avec la question de recherche. Ceci s'est fait à l'aide du logiciel Weft QDA, où les données y ont été entrées et analysées. Les codes utilisés et thèmes ayant ressorti de cette analyse ont été contre-validés par la directrice de recherche de l'étudiant-chercheur.

#### **4.5. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro de certificat : CDERS-14-03-06.06). La copie du certificat d'éthique est présentée à l'Annexe K (Figure 3). Avant de lire les vignettes et de répondre au questionnaire, les participants devaient remplir et signer le formulaire de consentement.

À la demande de l'étudiant-chercheur, le terme « trouble de la personnalité limite » a été caché aux participants de l'étude afin d'éviter que ceux-ci ne connaissent préalablement le trouble du client. Ceci permet de vérifier si les ergothérapeutes sont en mesure d'identifier les caractéristiques distinctes du client, et éviter un biais en révélant le trouble. Le terme a donc été remplacé, dans le titre du projet se trouvant dans les documents envoyés aux participants, par « client présentant un comportement difficile », un terme couramment utilisé dans la pratique.

## 5. RÉSULTATS

La section qui suit présente la description des cliniciens ayant participé à l'étude ainsi que les résultats obtenus auprès de ces derniers. Dix-sept questionnaires ont été envoyés à des ergothérapeutes cliniciens. De ce nombre, cinq questionnaires complétés ont été reçus et ont été analysés, pour un taux de réponse de 29%.

### 5.1. Description des participants

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des cliniciens ayant répondu au sondage.

Tableau 1. *Description des participants*

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES	
<b>Sexe</b>	
Homme	1 (20%)
Femme	4 (80%)
<b>Âge moyen (ans)</b>	27,8
<b>Niveau de scolarité</b>	
Baccalauréat	2 (40%)
Maîtrise	3 (60%)
<b>Nombre d'années d'expérience (moyenne)</b>	4,9
<b>Nombre d'années d'expérience avec une clientèle musculo-squelettique (moyenne)</b>	4,5
<b>Milieus de travail</b>	
Centre hospitalier : soins aigus en externe	2 (40%)
Clinique privée	3 (60%)

L'échantillon de participants de cette étude est composé d'un homme et de quatre femmes. L'âge des participants varie de 26 à 30 ans, pour un âge moyen de 27,8 ans. Le niveau de scolarité des participants s'étend du baccalauréat (40% des participants) à la maîtrise (60%). Leur nombre d'années d'expérience clinique varie entre trois et huit années, pour une moyenne de 4,9 ans d'expérience. Quant au nombre moyen d'années d'expérience avec une clientèle musculo-squelettique, il s'élève à 4,5 ans. Les participants recrutés pratiquaient soit dans un centre hospitalier en soins aigus avec une clientèle à l'externe (2/5



participants = 40%) ou encore en clinique privée (3/5 participants = 60%).

Les participants étaient aussi invités à répondre à deux questions sur leur clientèle habituelle, soit le pourcentage approximatif de leurs clients souffrant d'un trouble musculo-squelettique et le pourcentage approximatif de leurs clients qui, selon eux, présentent des comportements difficiles. Le Tableau 2 montre les réponses des participants à ces questions.

Tableau 2. *Description de la clientèle des participants*

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE	
<b>Pourcentage de la clientèle présentant un trouble musculo-squelettique</b>	
Moins de 25%	0 (0%)
25-49%	1 (20%)
50-75%	0 (0%)
Plus de 75%	4 (80%)
<b>Pourcentage de la clientèle présentant des comportements difficiles (étendue des valeurs rapportées par les cliniciens)</b>	5% à 50%

Il est à noter que tous les participants travaillant en clinique privée (n=3) et un des deux participants travaillant en centre hospitalier ont répondu que plus de 75% de leur clientèle souffrait d'un trouble musculo-squelettique. Concernant la prévalence de comportements difficiles chez la clientèle traitée, l'étendue des réponses des participants suggère une certaine variabilité, allant de 5-10% de la clientèle jusqu'à 50% de la clientèle, dépendamment des participants.

## 5.2. Prise en charge des clients ayant un trouble musculo-squelettique

### 5.2.1. Niveau de confiance des participants

Lorsque questionnés sur leur niveau de confiance à traiter les clientes décrites dans les vignettes 1 et 2, tous les participants ont indiqué être très confiants de traiter la première cliente ne présentant pas de comorbidité de santé mentale (i.e. vignette 1) (voir aussi le Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3. *Niveau de confiance des participants*

	Vignette 1	Vignette2
Pas du Tout	0 (0%)	0 (0%)
Un peu	0 (0%)	2 (40%)
Assez	0 (0%)	3 (60%)
Très	5 (100%)	0 (0%)
Extrêmement	0 (0%)	0 (0%)

Cependant, pour la deuxième vignette décrivant une cliente ayant un TPL, deux participants ont indiqué être un peu confiant alors que les trois autres ont indiqué être assez confiant. On constate donc une diminution du niveau de confiance pour la vignette 2 où la cliente présente un TPL.

### 5.2.2. Problèmes identifiés

Les pratiques cliniques des participants auprès de clients comme ceux décrits dans les vignettes 1 et 2 ont ensuite été explorées plus spécifiquement à l'aide du questionnaire. Le premier thème abordé se rapporte aux difficultés et problèmes identifiés chez les clients. Ils sont divisés en quatre catégories, soit les problèmes physiques, les problèmes psychologiques/psychosociaux, les problèmes occupationnels et les problèmes reliés à la thérapie. Dans la catégorie des problèmes physiques se trouvent les difficultés reliées aux capacités physiques des clients, comme une « diminution de l'endurance, diminution de l'amplitude articulaire au membre supérieur gauche, diminution de la force au membre supérieur gauche, diminution des capacités fonctionnelles ». Pour la première vignette, trois des cinq participants ont nommé des problèmes reliés à cette catégorie et trois l'ont fait aussi pour la seconde vignette. Cependant, seulement deux participants ont identifié des problèmes physiques pour les deux vignettes. La seconde catégorie est celle des problèmes psychologiques/psychosociaux. Cette catégorie touche plus spécifiquement la cliente de la deuxième vignette, où les cliniciens ont noté qu'elle est « continuellement en conflit (n=1 participant), a peu d'intérêt (n=1), relation amoureuse tumultueuse (n=1), crainte d'abandon (n=1), effectue du clivage (n=2) et comportements sociaux inadéquats (n=1 participant) ». Au total, quatre des cinq cliniciens ont rapporté des problèmes reliés à cette catégorie pour la vignette 2. La troisième catégorie est la catégorie des problèmes occupationnels. Deux cliniciens ont inscrit des réponses se rapportant à cette catégorie pour la première vignette «

problème d'alcool, perte d'appétit (n=2) », tandis que trois l'ont fait pour la seconde vignette « longues siestes (n=1), horaire occupationnel non-équilibré (n=1), plusieurs éléments défavorables face au travail (n=1) ». La quatrième et dernière catégorie est celle des problèmes reliés à la thérapie. Tous les cliniciens ont noté au moins un problème relié à la thérapie pour la seconde vignette décrivant la cliente ayant un TPL. Plus spécifiquement, les thérapeutes ont noté les problèmes suivants :

Difficulté à maintenir la relation thérapeutique de confiance et de collaboration (n=2), difficulté à mettre fin aux traitements (n=2), critique les interventions de l'ergothérapeute et du physiothérapeute (n=1), retard/annulation/absence aux rendez-vous (n=2).

Il est à noter que trois cliniciens ont aussi identifié des difficultés reliées à la thérapie pour la première vignette, soit :

Il paraît être difficile de mettre fin aux traitements d'ergothérapie (n=1); . . . questionne la relation de confiance entre l'ergo et la cliente puisque cette dernière mentionne "couramment" à l'ergo qu'il est bon (n=1); questionnement . . . en lien avec les progrès des traitements (n=1).

#### *5.2.2.1. Problèmes reliés spécifiquement au trouble de la personnalité limite*

Tel que mentionné précédemment, l'élaboration de la vignette 2 s'est basée sur les critères diagnostiques du TPL, en prenant soin d'inclure plusieurs caractéristiques fréquemment rencontrées chez cette clientèle. Quatre des cinq participants ont d'ailleurs identifié explicitement une ou plusieurs de ces caractéristiques parmi leur liste de problèmes, comme par exemple :

Continuellement en conflit (n=1), relation amoureuse tumultueuse (n=1), crainte d'abandon (n=1), cicatrices douteuses (n=1), ponctualité (n=2), absences (n=1), clivage (n=2), difficulté à maintenir une relation thérapeutique de confiance et de collaboration (n=2), difficulté à faire respecter le plan de traitement et à ce que la patiente comprenne et assume ses devoirs (n=1).

#### **5.2.3. Interventions**

Le deuxième thème abordé correspond à la manière dont les cliniciens interviendraient avec les clientes. Pour la première vignette décrivant une cliente sans comorbidité de santé mentale, quatre des cinq participants ont précisé qu'ils poursuivraient soit les anciens objectifs

de traitement (n=1 participant) ou qu'ils établiraient de nouveaux objectifs (n=3). Deux participants ont aussi mentionné qu'ils augmenteraient la fréquence des rencontres. La mise en place d'interventions visant le retour au travail progressif est aussi un élément mentionné par deux thérapeutes. Un thérapeute a aussi rapporté l'utilisation de l'entrevue motivationnelle « pour que Madame se sente impliquée et ne mette pas en doute mes interventions. » Il est à noter que deux participants ont aussi mentionné qu'ils recadreraient ou établiraient un cadre thérapeutique pour cette cliente : « Je recadrerais aussi la cliente en fonction des commentaires pouvant être faits à l'ergothérapeute (nature et fréquence des compliments). »

Pour la deuxième vignette décrivant une cliente ayant un TPL, trois cliniciens ont soit mentionné qu'ils interviendraient en continuant les objectifs initiaux (n=1) ou qu'ils reverraient les objectifs (n=2). De plus, trois participants ont mentionné qu'ils établiraient un cadre thérapeutique avec des conséquences pour son non-respect. Cependant, seulement deux participants sur ces trois ont dit mettre en place un contrat thérapeutique. De plus, un des participants a dit « avoir recours à du coaching professionnel et avoir une bonne communication interprofessionnelle » afin de l'aider avec la cliente de la deuxième vignette.

#### **5.2.4. Décision de poursuivre ou cesser les traitements**

Le troisième thème correspond aux raisons qui incitent les thérapeutes à poursuivre ou à cesser les interventions avec des clientes comme celles des vignettes. Plus spécifiquement, les participants ont dressé une liste de critères et de raisons à prendre en compte pour guider leur décision quant à la poursuite ou à l'arrêt des traitements. Pour la première vignette, les raisons indiquées incluaient: 1) les progrès de la cliente, mentionné par les cinq participants; 2) la motivation et l'implication de la cliente, ayant été cité par deux cliniciens; et 3) l'atteinte des objectifs, invoqué par quatre participants. Pour la seconde vignette, les trois éléments mentionnés pour la vignette 1 s'y retrouvaient à nouveau pour la majorité des participants. Cependant, les trois participants qui ont mentionné établir un cadre ou un contrat thérapeutique à la question précédente (voir le point 5.2.3) ont aussi ajouté que le non-respect de ce cadre ou contrat serait une raison pour cesser les interventions. Un autre participant a aussi indiqué que, si le recadrage fait avec la cliente ne fonctionnait pas, il cesserait les interventions.

Bien que certaines raisons reliées à la motivation et à la collaboration de la cliente aient été nommées à la fois pour les vignettes 1 et 2, elles étaient plus explicitement reliées à la cessation des services pour la vignette 2. Plus spécifiquement, pour la deuxième vignette, trois participants ont explicitement discuté de la cessation des traitements pour cette cliente en mentionnant les réponses suivantes :

Je ne dois pas sentir que je veux plus ou que je travaille plus que le client . . . Si je vois que Madame ne cible pas elle-même l'atteinte de ses objectifs, je peux fermer le dossier en documentant ++ la situation; Le fait qu'elle ne voit pas [les] bienfaits des thérapies me pousse à cesser les interventions; Si les discussions pour recadrer ne fonctionnent pas, il y aurait lieu de cesser

En comparaison, les motifs de cessation de traitement invoqués pour la vignette 1 se rapportaient davantage à l'atteinte des objectifs (n=3) ou d'un plateau thérapeutique faisant en sorte que la cliente ne bénéficierait plus d'interventions additionnelles (n=2). Un seul participant ayant perçu que la cliente de la vignette 1 faisait des compliments excessifs au thérapeute a aussi mentionné un motif de cessation de traitement se rapportant au recadrage de la cliente :

Je recadrerais aussi la cliente en fonction des commentaires pouvant être faits à l'ergothérapeute (nature et fréquence des compliments); si recadrer la cliente face aux compliments reçus ne fonctionne pas, il y aurait lieu de transférer le dossier vers un autre thérapeute.

### **5.2.5. Références à d'autres professionnels**

Le quatrième thème se rapporte aux références faites à d'autres professionnels pour ces clientes. Pour la première vignette, quatre participants ont dit qu'ils feraient une ou plusieurs références au besoin à d'autres professionnels tels qu'un autre ergothérapeute, un nutritionniste, un kinésiologue, un physiothérapeute, un psychologue ou un acupuncteur. Les motifs de référence mentionnés sont variés, allant du maintien des acquis dans le quotidien à l'augmentation de l'énergie. Pour la deuxième vignette, quatre cliniciens ont mentionné référer cette cliente vers d'autres professionnels, dont trois à un psychologue, un psychiatre ou une autre ressource en santé mentale. Les raisons poussant ces thérapeutes à référer leur cliente sont les problématiques psychologiques et psychosociales présentes chez elle.

L'ergothérapeute qui a décidé de ne pas référer cette cliente mentionne que les éléments défavorables à une bonne réadaptation sont plus nombreux que les éléments favorables.

### **5.3. Différences de pratiques entre les deux vignettes**

Le cinquième thème correspond aux différences de pratiques identifiées entre les deux vignettes. Ces différences touchent les problèmes observés par les cliniciens, leurs interventions et les raisons de continuer ou cesser les traitements, ainsi que les références faites à d'autres professionnels.

En ce qui concerne les problèmes observés, les différences dans les réponses des cliniciens touchent principalement les problèmes de comportements davantage rapportés pour la seconde cliente ayant un TPL tels que : crainte d'abandon (n=1); clivage (n=2); ponctualité (n=2); difficulté à maintenir une relation thérapeutique de confiance et de collaboration (n=2). En ce qui a trait à l'approche d'intervention des thérapeutes, l'une des différences les plus marquées entre les deux vignettes est la mise en place d'un cadre ou contrat thérapeutique ainsi que des conséquences s'y rattachant pour la cliente de la seconde vignette ayant un TPL. Une autre différence concerne la perception d'un manque de collaboration et de motivation chez la cliente ayant un TPL, qui pousserait davantage certains participants à cesser les interventions avec cette dernière : « Que Mme ne participe et ne collabore pas adéquatement en thérapie, et le fait qu'elle ne voit pas [les] bienfaits des thérapies me poussent à cesser les interventions ». De plus, il est possible de voir certaines différences entre ce qui est attendu concernant les progrès des deux clientes. Par exemple pour la première vignette, un participant mentionne que si « aucun progrès n'a été fait d'ici 1 mois je cesse les interventions » (i.e. arrêt en lien avec l'atteinte d'un plateau), alors que pour la seconde vignette, le même participant mentionne que « le fait que les objectifs ne sont pas atteints d'ici 6 semaines [amènera la fin des interventions] ». Les réponses de ce participant suggèrent ainsi qu'il poursuivrait les interventions avec la première cliente pendant un mois additionnel pour vérifier s'il y aura atteinte d'un plateau de récupération alors qu'il pourrait cesser les interventions avec la seconde cliente ayant un TPL si les objectifs initiaux ne sont pas atteints après six semaines de thérapie. Une autre différence est constatée en ce qui a trait aux références vers d'autres professionnels, puisque la majorité des participants ont référé la seconde cliente (soit celle

ayant un TPL) vers une ressource en santé mentale alors qu'ils ne l'ont pas fait pour la cliente de la vignette 1 n'ayant pas de comorbidité de santé mentale.

## **6. DISCUSSION**

### **6.1. Retour sur les buts et les résultats de l'étude**

Ce projet de recherche avait pour but de documenter les pratiques cliniques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle présentant des troubles musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de TPL, afin de déterminer s'ils étaient en mesure de reconnaître les difficultés pouvant être rencontrées chez cette clientèle lors du processus de réadaptation et d'adapter leur approche en utilisant des stratégies appropriées.

#### **6.1.1. Niveau de confiance à traiter des clients ayant un TPL**

Parmi les principaux résultats de ce sondage, il ressort d'abord que l'ensemble des cliniciens se sentent moins confiants de traiter une cliente souffrant d'un TPL comparativement à une cliente sans comorbidité de TPL, et ce, indépendamment du pourcentage de clients difficiles traités dans leur pratique courante. Ces résultats montrent bien les défis posés par la prise en charge de cette clientèle, ce qui concorde aussi avec les propos de Villeneuve et Lemelin (2009) qui mentionnent que les personnes ayant un TPL peuvent faire sortir les thérapeutes hors de leur zone de confort. De plus, la stigmatisation du TPL chez les cliniciens pourrait potentiellement amener les thérapeutes à se protéger en se distançant dans la relation thérapeutique, ou même en changeant leurs comportements avec le client (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006). Il apparaît donc que les ergothérapeutes travaillant en réadaptation physique pourraient potentiellement bénéficier de formations afin de mieux les outiller et augmenter leur confiance à prendre en charge une clientèle présentant des comportements difficiles en lien avec un TPL.

#### **6.1.2. Identification des problèmes liés au TPL et références vers d'autres ressources**

Les résultats suggèrent aussi quelques lacunes possibles dans l'identification des problèmes spécifiques des clientes chez certains participants. Entre autres, bien que la majorité des thérapeutes aient noté certains problèmes reliés à la thérapie ou aux aspects psychologiques/psychosociaux chez la cliente ayant un TPL, ce ne sont pas tous les indices de la vignette en lien avec les critères diagnostiques du TPL qui ont été ressortis par les participants. Aussi, l'un des cinq participants n'a identifié aucun des éléments spécifiques au



TPL (ex. : crainte d'abandon, clivage, etc.) parmi sa liste de problèmes, ce qui suggère possiblement un manque de connaissances sur les troubles psychiatriques. Härter et ses collaborateurs (2004) ainsi que Ruchinskas (2002) ont d'ailleurs soulevé le fait que les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes (Ruchinskas, 2002) éprouvent de la difficulté à reconnaître les signes possibles de problèmes de santé mentale. De façon encourageante, dans la présente étude, même si tous les problèmes spécifiques de la cliente ayant un TPL n'ont pas été identifiés par l'ensemble des cliniciens, la plupart d'entre eux (quatre sur cinq) ont mentionné qu'ils la réfèreraient aussi vers d'autres professionnels ou ressources en santé mentale. Cet aspect de la pratique est important, car il pourrait permettre à la cliente ayant un TPL d'éventuellement recevoir les services dont elle a besoin pour son trouble de la personnalité.

### **6.1.3. Interventions recommandées**

En ce qui concerne les interventions qui seraient mises en place avec la cliente ayant un TPL, la majorité des participants (quatre sur cinq) ont mentionné au moins une des stratégies facilitant l'alliance thérapeutique recensées dans la littérature (voir l'Annexe D). De la variabilité entre les pratiques cliniques des ergothérapeutes est cependant ressortie des résultats. Entre autres, la mise en place d'objectifs significatifs pour lesquels le client a donné son accord a été mentionnée par deux participants. L'établissement et la signature d'un contrat thérapeutique ainsi que l'identification des conséquences en cas de non-respect du contrat ont quant à eux été mentionnés par deux thérapeutes. Il est à noter qu'un autre participant a aussi mentionné l'établissement d'un cadre thérapeutique ainsi que des conséquences en cas de non-respect, sans toutefois préciser qu'il y avait signature d'un contrat. Bien qu'un cadre thérapeutique représente une intervention adéquate en elle-même, la signature d'un contrat permet, en plus, d'éviter les recours du client en cas de non-respect du contrat (ex : accuser le thérapeute de ne pas l'avoir informé de cette règle). De plus, les conséquences en cas de non-respect du contrat sont essentielles afin d'éviter les abus ou comportements inappropriés de la part du client (ex : absences répétées). L'un des participants a aussi rapporté utiliser d'autres stratégies qui apparaissent pertinentes, bien qu'elles ne se retrouvent pas spécifiquement parmi la liste des stratégies recensées dans la littérature, soit d'avoir recours à du coaching professionnel et d'établir une bonne communication interprofessionnelle. Ces stratégies

apparaissent effectivement essentielles lorsque le thérapeute désire être mieux outillé pour faire face aux situations difficiles avec son client et s'assurer de la cohérence de son approche thérapeutique par rapport à celle des autres professionnels.

Tel que mentionné précédemment, certaines différences dans les pratiques d'intervention entre les deux vignettes semblent être suggérées par les données de l'étude. Entre autres, l'établissement d'un cadre thérapeutique et la signature d'un contrat sont davantage ressortis pour la seconde vignette (i.e. cliente ayant un TPL). Les stratégies utilisées avec la cliente ayant un TPL peuvent témoigner de la réponse thérapeutique face aux événements perturbateurs survenus avec celle-ci (ex. : retards et absences répétées, insultes et critique des thérapeutes), tel que suggéré dans le cadre conceptuel (voir page 14). En ce qui concerne la cliente sans comorbidité de TPL, les interventions notées apparaissent centrées davantage autour de la poursuite des objectifs thérapeutiques, incluant aussi une augmentation de la fréquence des rencontres énoncée par deux participants et l'entraînement en vue du retour progressif au travail (n=2). Ces deux derniers éléments n'ont pas été rapportés pour la cliente ayant un TPL, ce qui peut soulever un questionnement quant à l'équivalence de l'intensité et de la nature des services de réadaptation physique offerts aux clients présentant ou non une comorbidité de TPL. Ces résultats suggérant certaines différences potentielles dans les pratiques devraient cependant être vérifiés par des études de plus grande taille.

#### **6.1.4. Effet contre-transférentiel**

Bien qu'il soit impossible de connaître les sentiments des thérapeutes à l'égard des clientes décrites dans les vignettes, certains éléments peuvent potentiellement suggérer des signes de contre-transfert négatifs chez certains thérapeutes avec la cliente ayant un TPL. En effet, tel que mentionné dans la section des résultats, certaines réponses des participants pour la seconde vignette (i.e. cliente ayant un TPL) suggèrent que le thérapeute pourrait mettre fin prématurément aux interventions s'il sent qu'il « travaille plus que le client » ou que le client « ne voit pas [les] bienfaits des thérapies ». Les réponses d'un des participants suggèrent aussi des critères plus stricts pour justifier la poursuite versus l'arrêt des traitements chez la cliente ayant un TPL, ce qui pourrait avoir des conséquences importantes sur sa réadaptation comparativement à l'autre cliente. Tel que suggéré dans le cadre conceptuel de cette étude,

l'arrêt des traitements est une réponse thérapeutique possible à un événement perturbateur survenu avec le client, et ce même événement perturbateur peut aussi avoir causé un contre-transfert, chez le clinicien, ayant mené à cet arrêt. Dans la présente étude, il est bien sûr difficile de confirmer la présence ou non de contre-transfert chez les thérapeutes. Néanmoins, ces exemples rejoignent l'idée de Villeneuve et Lemelin (2009) suggérant que cette clientèle fasse sortir les thérapeutes hors de leur zone de confort et pose des défis importants pour la relation thérapeutique.

#### **6.1.5. Possibilité de biais de réponse**

Tel que mentionné dans la section des résultats, certains participants ont identifié des problèmes lors de la thérapie avec la cliente de la première vignette n'ayant pas de TPL, en suggérant des difficultés à mettre fin aux traitements, des difficultés dans la relation de confiance et des compliments exagérés envers le thérapeute. Or, ces réponses apparaissent inappropriées et étaient inattendues dans le contexte où cette vignette avait été conçue afin de représenter une cliente démontrant une bonne collaboration et un fonctionnement approprié lors des thérapies. Il est ainsi possible qu'un biais de réponse soit survenu. Le fait que le titre des documents envoyés aux participants indiquait que le projet concernait les pratiques auprès d'une « [clientèle] présentant un comportement difficile » a pu pousser certains participants à identifier davantage de problèmes qu'il n'y en avait, en leur faisant penser que les deux vignettes comportaient une cliente difficile. Ceci pourrait aussi potentiellement avoir influencé leurs interventions recommandées avec la cliente de la première vignette, soit l'utilisation d'un cadre thérapeutique suggéré par deux participants et l'entrevue motivationnelle mentionnée par un participant. Il serait pertinent de valider dans quelle mesure ces interventions sont réellement utilisées dans la pratique courante des ergothérapeutes auprès d'une clientèle typique atteinte de conditions musculo-squelettiques.

## **6.2. Forces et limites de l'étude**

### **6.2.1. Forces**

L'une des forces de cette étude concerne son originalité et sa pertinence pour la pratique clinique. À notre connaissance, il s'agit de l'une des premières études à s'intéresser aux pratiques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle atteinte de conditions musculo-squelettiques et ayant une comorbidité de TPL. L'utilisation de deux vignettes, dont l'une décrivant une cliente sans comorbidité de trouble de santé mentale, représente aussi un aspect positif de la méthodologie puisque cela permet d'avoir une base de comparaison avec la pratique clinique typique en l'absence de TPL. Il est donc plus facile de voir les différences de pratique selon le client. Une troisième force reliée à la méthodologie de l'étude est que les vignettes et le questionnaire ont été validés et pré-testés préalablement auprès de trois cliniciens experts afin de s'assurer que les tableaux cliniques des vignettes soient réalistes, cohérents et représentatifs de la réalité clinique.

### **6.2.2. Limites**

L'étude contient quelques limites. La première est la petite taille d'échantillon qui empêche la généralisation des résultats. De plus, vu le faible échantillon de l'étude, il est impossible d'établir une corrélation entre les réponses et les caractéristiques des participants (ex : scolarité, milieu de travail, sexe, etc.). De ce fait, il n'est pas possible d'établir quelles caractéristiques particulières chez un thérapeute amènent une meilleure pratique clinique.

Une autre limite de l'étude, tel que mentionné précédemment, est la possibilité qu'un biais de réponse pour la cliente de la première vignette soit survenu en raison du titre du projet ayant amené certains participants à suspecter des comportements problématiques chez les clientes des deux vignettes. De plus, le recours à des entrevues aurait pu permettre de mieux approfondir et de clarifier les réponses des participants afin d'avoir une plus grande richesse dans les données. Une autre limite potentielle pourrait aussi être en lien avec le biais de désirabilité, qui ferait en sorte que le participant inscrive une réponse jugée idéale à laquelle s'attend l'évaluateur, au lieu de décrire sa pratique clinique réelle. Malgré ces limites potentielles, mentionnons néanmoins que l'utilisation de vignettes cliniques est généralement considérée comme une méthode valide de documenter les pratiques cliniques (Jones, Gerrity,

& Earp, 1990). Cette méthode permet aussi d'identifier les variations dans les pratiques puisque le même cas clinique est présenté à tous les répondants (Jones & coll., 1990).

### **6.3. Implications pour la pratique**

Plusieurs implications pour la pratique ressortent de ce projet de recherche. D'abord, les résultats de ce projet de recherche suggèrent des besoins de formation présents chez les ergothérapeutes, entre autre sur les approches d'interventions recommandées auprès de cette clientèle pour favoriser l'engagement dans la thérapie. Une meilleure formation permettrait potentiellement de diminuer les variations dans les pratiques cliniques auprès des clients ayant une comorbidité de TPL et d'augmenter le niveau de confiance des thérapeutes à intervenir avec cette clientèle susceptible d'être rencontrée dans leur pratique. Cependant, quelles sont les formations actuellement disponibles pour combler ce besoin? Premièrement, l'Institut Victoria, un institut spécialisé dans le trouble de la personnalité limite, offre une formation qui se nomme « Réadaptation physique et troubles de la personnalité : impacts sur les interventions » (Institut Victoria, n.d.). Cependant, cette formation est réservée uniquement aux professionnels ayant un permis pour pratiquer la psychothérapie (Institut Victoria, communication téléphonique, 11 août 2014), ce qui peut limiter l'accès aux ergothérapeutes travaillant en réadaptation physique. Cependant, l'Institut dit offrir aussi des formations aux équipes multidisciplinaires dans les établissements de santé du Québec auxquelles les professionnels peuvent assister (Institut Victoria, communication téléphonique, 11 août 2014). De son côté, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, comprenant le centre de traitement Le Faubourg St-Jean se spécialisant dans les troubles sévères de la personnalité, offre également une formation nommée « Comprendre et mieux intervenir auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité » (Institut universitaire en santé mentale de Québec, n.d.). Cette formation s'adresse à tous les intervenants pouvant faire face à cette clientèle; elle est même ouverte aux personnes travaillant en centre communautaire (M. Lavoie, communication téléphonique, 14 août 2014). Finalement, il existe un document qui n'a jamais été publié et qui a été rédigé par trois ergothérapeutes du Centre de santé et services sociaux Drummond (CSSS Drummond) dans le but d'aider à identifier plus facilement les clients avec des personnalités difficiles et d'aider la pratique. Il s'agit du document nommé « Les personnalités difficiles » (Couture, Forcier, & Phaneuf, 2012). Ce document est divisé

selon les types de troubles de la personnalité; il explique comment déceler les signes de ce type de personnalité et suggère des conduites à adopter afin de faciliter la thérapie. Cependant, puisqu'il n'a jamais été publié, la seule façon de se procurer ce document est auprès de l'une des auteures. Il existe donc quelques ressources afin d'aider les ergothérapeutes du milieu de la réadaptation physique à mieux intervenir auprès d'une clientèle présentant un TPL. Cependant, ces ressources demeurent peu nombreuses et les besoins sont grands.

De plus, comme la vignette présentée aux cliniciens ne stipulait pas spécifiquement le diagnostic de TPL, mais plutôt la présence de comportements difficiles, il est possible de croire que les réponses des participants suggèrent un plus faible niveau de confiance à gérer les comportements difficiles de leurs clients de manière générale. Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la réadaptation physique pourraient donc bénéficier de formations pour mieux identifier et gérer les comportements difficiles de leurs clients. D'ailleurs, les ergothérapeutes experts ayant corrigé les vignettes ont aussi rapporté avoir traité à plusieurs occasions des clients présentant ce genre de comportements difficiles, ce qui suggère qu'il pourrait s'agir d'une problématique fréquente dans la pratique clinique en réadaptation physique et qu'il serait pertinent de pousser plus loin les recherches dans ce domaine.

Aussi, bien que ce projet s'adresse à une population d'ergothérapeutes, d'autres professionnels œuvrant en réadaptation physique peuvent vivre la même réalité puisqu'ils partagent la même clientèle que les ergothérapeutes. Par exemple, les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation physique (TRP) ou les autres professionnels auxiliaires peuvent faire face à une clientèle difficile et pourraient également bénéficier de formations additionnelles pour mieux les outiller. Aussi, tel que mentionné par l'un des participants de cette étude, une bonne communication et collaboration interprofessionnelle s'avèrent essentielles lors des interventions de réadaptation auprès de clients difficiles.

Enfin, une autre implication émergeant de cette étude est l'importance de prendre en compte les facteurs psychosociaux des clients. Ceci rejoint l'idée de Precin (2013), qui nous rappelle de ne pas oublier les facteurs psychosociaux et la santé mentale de nos clients, surtout

lorsqu'on les suit pour des problèmes occupationnels ayant pour origine un trouble d'ordre physique. De plus, Chippendale (2014) plaide pour une meilleure intégration des évaluations et des interventions touchant la santé mentale en ergothérapie. Elle fait également mention que les ergothérapeutes se définissent souvent par leur domaine de pratique (ex : ergothérapeute en santé mentale ou ergothérapeute en santé physique) (Nanof, cité dans Chippendale, 2014, p. 4), ce qui peut influencer leurs pratiques et leurs approches utilisées (Chippendale, 2014).

## **7. CONCLUSION**

La présente étude contribue aux connaissances dans un domaine jusqu'ici peu exploré, soit la prise en charge d'une clientèle atteinte de troubles musculo-squelettiques et d'un trouble de la personnalité limite. Tel que suggéré par la recension des écrits et par la rétroaction de cliniciens experts consultés, il s'agit pourtant d'une clientèle susceptible d'être rencontrée par les cliniciens travaillant en réadaptation physique. L'étude a permis de documenter les pratiques des ergothérapeutes auprès de cette clientèle et de déterminer à quel point ceux-ci sont en mesure de reconnaître les difficultés pouvant être rencontrées par cette clientèle dans le processus de réadaptation et d'adapter leur approche thérapeutique en fonction de leurs besoins. Bien que la majorité des cliniciens soient en mesure d'identifier certaines stratégies pertinentes à adopter auprès de cette clientèle, les résultats font ressortir des variations importantes dans les pratiques cliniques ainsi qu'un besoin de formation des cliniciens afin de mieux les outiller à intervenir avec confiance auprès de cette clientèle. Des pistes de solutions et des ressources pour la formation des cliniciens ont été identifiées dans le but d'améliorer les pratiques cliniques.

Dans des recherches futures, il serait pertinent de valider les résultats de cette étude à l'aide d'une enquête de plus grande taille sur les pratiques cliniques auprès de clients atteints de troubles musculo-squelettiques et d'une comorbidité de TPL. Il serait aussi pertinent de sonder spécifiquement les thérapeutes sur leurs besoins de formations sur le sujet afin de mieux orienter le transfert des connaissances en fonction de leur réalité clinique.



## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (n.d.). Ergothérapie. *CAOT | ACE Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Repéré le 16 juillet 2014, 2014, à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3824&francais=1>
- Association des centres jeunesse du Québec, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, & Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et aux toxicomanes. (2004). *Guide des établissements spécialisés à vocation régionale (établissements de réadaptation et centres jeunesse) concernant le projet clinique*. Repéré à [http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/guide\\_conjoint\\_projet\\_clinique\\_vfinale\\_2005-03-29.pdf](http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/guide_conjoint_projet_clinique_vfinale_2005-03-29.pdf).
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2000). *Rôles des établissements de réadaptation en déficience physique: Document d'orientation*. Montréal.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. doi: 10.1080/10673220600975121
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé Mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. doi: 10.7202/1000554ar

- Burckell, L. A., & McMain, S. (2011). Contrasting clients in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: 'Marie' and 'Dean,' two cases with different alliance trajectories and outcomes. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 246-267.
- Charron, C., Dumet, N., Guéguen, N., Lieury, A., & Rusinek, S. (2007). *La psychologie de A à Z, 500 mots pour comprendre*. Paris: Dunod.
- Chippendale, T. (2014). Meeting the Mental Health Needs of Older Adults in All Practice Settings. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(1), 1-9. doi: 10.3109/02703181.2013.862331
- Cooper, C. (2008). Hand impairments. Dans M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Éds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6e éd., pp. 1131-1170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Couture, K., Forcier, M., & Phaneuf, É. (2012). *Les personnalités difficiles*. Document non-publié.
- Davison, S. E. (2002). Principles of managing patients with personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(1), 1-9. doi: 10.1192/apt.8.1.1
- Deshaies, L. (2013). Arthritis. Dans L. W. Pedretti, H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Éds.), *Pedretti's occupational therapy : practice skills for physical dysfunction* (7e éd.). St. Louis, Mo.: Elsevier.
- El-Gabalawy, R., Katz, L. Y., & Sareen, J. (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 641-647. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b
- Falklof, I., & Haglund, L. (2010). Daily Occupations and Adaptation to Daily Life Described by Women Suffering from Borderline Personality Disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 354-374. doi: 10.1080/0164212X.2010.518306
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 10(4), 393-401.
- Flinn, N. A., Jackson, J., Gray, J. M., & Zemke, R. (2008). Optimizing abilities and capacities: range of motion, strength, and endurance. Dans M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Éds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6e éd., pp. 573-597). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099-1110. doi: 10.2522/ptj.20090245
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A., & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(7), 1192. doi: 10.1016/j.apmr.2003.08.106
- Howard, K. J., Mayer, T. G., Theodore, B. R., & Gatchel, R. J. (2009). Patients With Chronic Disabling Occupational Musculoskeletal Disorder Failing to Complete Functional Restoration: Analysis of Treatment-Resistant Personality Characteristics. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(5), 778-785. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.009>
- Institut universitaire en santé mentale de Québec. (n.d.). Comprendre et mieux intervenir auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité. *Institut universitaire en santé mentale de Québec Formation*. Repéré le, à <http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/formations/comprendre-et-mieux-intervenir-aupres-des-personnes-presentant-un-trouble-de-la-personnalite/index.html>
- Institut Victoria. (n.d.). Réadaptation physique et troubles de la personnalité : impacts sur les interventions. *Institut Victoria Services de formation*. Repéré le, 2014, à [http://www.institut-victoria.ca/2\\_11\\_0\\_readaptation.htm](http://www.institut-victoria.ca/2_11_0_readaptation.htm)
- Janelle, A., & Labelle, R. (2009). La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes. *Psychologie Québec*, 26(6), 25-27.
- Jones, T. V., Gerrity, M. S., & Earp, J. (1990). Written case simulations: do they predict physicians' behavior? *Journal Of Clinical Epidemiology*, 43(8), 805-815.
- Kasch, M. C., & Walsh, J. M. (2013). Hand and upper extremity injuries Dans L. W. Pedretti, H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Éds.), *Pedretti's occupational therapy : practice skills for physical dysfunction* (7e éd.). St. Louis, Mo.: Elsevier.
- Lawson, S. C., & Murphy, L. F. (2013). Hip fractures and lower extremity joint replacement. Dans L. W. Pedretti, H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Éds.), *Pedretti's occupational therapy : practice skills for physical dysfunction* (7e éd.). St. Louis, Mo.: Elsevier.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maher, C., & Bear-Lehman, J. (2008). Orthopaedic conditions. Dans M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Éds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6e éd., pp. 1106-1130). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux: Les programmes-services et les programmes-soutien*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html).
- National Institute for health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail*. Repéré à [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/muscdisorders/fr/](http://www.who.int/occupational_health/publications/muscdisorders/fr/).
- Ottosson, C., Pettersson, H., Bergman, B., & Ponzer, S. (2010). Personality disorders are not associated with nonrecovery in patients with traffic-related minor musculoskeletal injuries. *Journal of Trauma*, 68(1), 198-203. doi: 10.1097/TA.0b013e3181958b66
- Precin, P. J. (2013). Psychosocial issues in rehabilitation: Bringing the unconscious to consciousness. *Occupational Therapy Journal of Research*, 33(1), 2-3. doi: 10.3928/15394492-20121105-01
- Ruchinskas, R. (2002). Rehabilitation therapists' recognition of cognitive and mood disorders in geriatric patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(5), 609-612. doi: 10.1053/apmr.2002.32496
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(1), 10-14.

- Sneed, J. R., Balestri, M., & Belfi, B. J. (2003). The Use of Dialectical Behavior Therapy Strategies in the Psychiatric Emergency Room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 265-277. doi: 10.1037/0033-3204.40.4.265
- Solet, J. M. (2008). Optimizing personal and social adaptation. Dans M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Éds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6e éd., pp. 924-950). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, S. H., Laugharne, J. D. E., Addis, S., & Sherwood, D. (2013). Assessing overweight and obesity across mental disorders: personality disorders at high risk. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 487-492. doi: 10.1007/s00127-012-0546-1
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives Of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Villeneuve, É., & Lemelin, S. (2009). La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 199-205. doi: 10.7202/029768ar
- Weiss, S. J., Haber, J., Horowitz, J. A., Stuart, G. W., & Wolfe, B. (2009). The inextricable nature of mental and physical health: implications for integrative care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(6), 371-382. doi: 10.1177/1078390309352513
- Yasuda, Y. L. (2008). Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, and fibromyalgia. Dans M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Éds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (6e éd., pp. 1214-1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

## **ANNEXE A**

### **CRITÈRES DIAGNOSTIQUES GÉNÉRAUX DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ<sup>1</sup>**

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- 1) La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
- 2) L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
- 3) Le fonctionnement interpersonnel
- 4) Le contrôle des impulsions

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10*. Paris: Masson.

## **ANNEXE B**

### **CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE<sup>2</sup>**

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

- 1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- 2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- 3) Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- 4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse)
- 5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'auto-mutilations
- 6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- 7) Sentiments chroniques de vide
- 8) Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- 9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10*. Paris: Masson.

## ANNEXE C

### RÉSUMÉ DU PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau 4. *Résumé de la recherche documentaire dans les bases de données*

Bases de données	Date (AAAA/MM/JJ)	Mots-clés	Critères d'exclusion	Nombre d'articles
CINAHL (EBSCO)	2013/11/02	("borderline personality disorder" OR "BPD") AND ("therapeutic alliance" OR "therapy engagement" OR compliance)	-	35
Medline (EBSCO)	2013/11/02	("borderline personality disorder" OR "BPD") AND ("therapeutic alliance" OR "therapy engagement" OR compliance)	Pour les 2 termes : <i>subjects</i>	55
<i>Cochrane library</i>	2013/11/02	("borderline personality disorder" OR "BPD") AND ("therapeutic alliance" OR "therapy engagement" OR compliance)	Pour les 2 termes : <i>search all text</i>	72
PsychINFO (EBSCO)	2013/11/02	("borderline personality disorder" OR "BPD") AND ("therapeutic alliance" OR "therapy engagement" OR compliance)	Pour les 2 termes : <i>subjects</i>	56
Recherche manuelle	-	-	-	3
Total	-	-	-	220
Total moins doublons	-	-	-	207
Critère de pertinence (à la lecture du titre et du résumé)				26
Critère de date (2003 à aujourd'hui seulement <sup>3</sup> )				17
Critère de langue (français et anglais seulement)				16
Nombre d'articles évalués sur le plan de la qualité				16
Nombre d'articles retenus pour l'extraction des données				9

<sup>3</sup> Un article datant de 1979 a été inclus, car celui-ci était cité comme un ouvrage de référence important dans plusieurs articles.

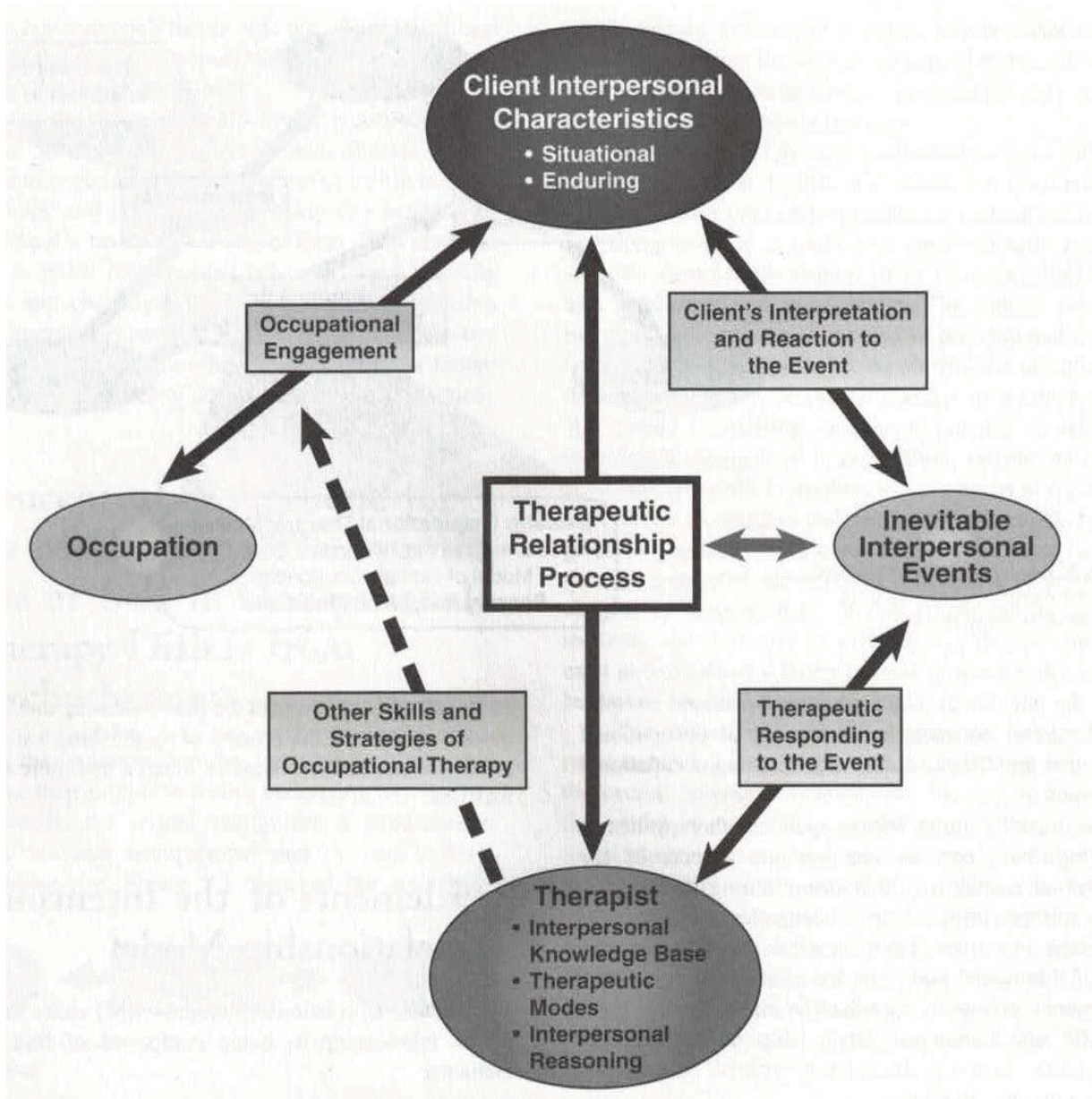


## **ANNEXE D**

### **LISTE DES STRATÉGIES FACILITANT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

- 1) Il faut que le client consente au plan d'intervention (American Psychiatric Association, 2006; Bordin, 1979; Burckell & McMain, 2011)
- 2) Respecter le client comme individu à part entière et croire qu'il peut changer (Burckell & McMain, 2011; National Institute for health and Care Excellence, 2009)
- 3) La thérapie doit être basée sur une vraie relation de confiance où chacun influence l'autre (Burckell & McMain, 2011; National Institute for health and Care Excellence, 2009)
- 4) Les qualités qui facilitent les relations durables sont: être calme, patient, compétent, flexible, empathique, être « directe » avec eux et fixer des limites claires sans être punitif ou les juger, être serviable, soutenant, être à l'écoute, authentique et réel, positif, accessible, sensible. (Bessette, 2010; Fallon, 2003; National Institute for health and Care Excellence, 2009)
- 5) Être cohérent et fiable (National Institute for health and Care Excellence, 2009)
- 6) Encourager le client dans le traitement, autant dans sa mise en action que dans ses bons coups (American Psychiatric Association, 2006; National Institute for health and Care Excellence, 2009)
- 7) Établir le plus tôt possible un contrat thérapeutique à propos des rôles et responsabilités respectifs, et du but du traitement (American Psychiatric Association, 2006; Bordin, 1979)
- 8) La confrontation ou l'interprétation peut être appropriée lorsque l'alliance a été établie depuis une longue période (American Psychiatric Association, 2006)
- 9) Avoir un équilibre entre l'acceptation (de sa personne) et le changement dans les stratégies d'intervention (Sneed et al., 2003)

**ANNEXE E**  
**MODÈLE DE LA RELATION INTENTIONNELLE DE TAYLOR (2008)**



*Figure 2. Modèle de la relation intentionnelle en ergothérapie (Model of the intentional relationship in occupational therapy) (Taylor, 2008, p. 48, [traduction libre]). Autorisation de reproduction obtenue de la part de l'éditeur.*

**ANNEXE F**  
**LETTRE D'INFORMATION**



**LETTRE D'INFORMATION**

---

**Invitation à participer au projet de recherche :**

**Pratiques des ergothérapeutes auprès de patients atteints de conditions musculo-squelettiques et présentant un comportement difficile**

**Étudiant-Chercheur :** Jonathan M. Plante, étudiant à la maîtrise en ergothérapie, Département d'ergothérapie

**Directrice de recherche :** Valérie Poulin, professeure au Département d'ergothérapie

Votre participation à cette recherche, qui vise à mieux comprendre les pratiques des ergothérapeutes auprès d'une clientèle atteinte de conditions musculo-squelettiques et présentant un comportement difficile, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont de documenter les pratiques des cliniciens auprès de clients ayant une atteinte musculo-squelettique et présentant des comportements difficiles. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire auto-administré comprenant des questions sociodémographiques ainsi que des questions se rapportant à deux vignettes cliniques. La

participation devra se faire durant votre temps personnel, et devrait prendre environ 20 à 30 minutes.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 à 30 minutes, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

Il n'y a pas d'avantages directs à votre participation à cette étude. Toutefois, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de la pratique des ergothérapeutes auprès de clients atteints de conditions musculo-squelettiques et étant considérés « difficiles ». Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en codifiant le questionnaire que vous complétez à l'aide d'un numéro. Votre nom n'apparaîtra pas dans les dossiers de recherche. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai disponible sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières ou d'un article scientifique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur au bureau de Valérie Poulin à l'Université du Québec à Trois-Rivières et sous forme de fichiers informatiques protégés par des mots de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Jonathan M. Plante et sa directrice de recherche Valérie Poulin. Elles seront détruites en décembre 2016 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Jonathan M. Plante par courriel au [Jonathan.Mplante@uqtr.ca](mailto:Jonathan.Mplante@uqtr.ca) ou par téléphone au (819)-979-0909.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-14-03-06.06 a été émis le 05 février 2014.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

ANNEXE G  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Université du Québec à Trois-Rivières

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

**Engagement de la chercheuse ou du chercheur**

Moi, Jonathan M.Plante m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_[nom du participant]\_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Pratiques des ergothérapeutes auprès de patients atteints de conditions musculo-squelettiques et présentant un comportement difficile*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participante ou participant, parent ou tuteur :	Chercheuse ou chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

## **ANNEXE H**

### **VIGNETTE 1**

Vous offrez des services d'ergothérapie en externe auprès d'une clientèle diversifiée dont des personnes ayant subi des lésions musculo-squelettiques. Votre nouvelle cliente, Mme L, est une jeune femme de 23 ans qui sort de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Elle a subi un grave accident de voiture il y a 8 semaines, où la vitesse et l'alcool se sont mélangés. Elle a subi de nombreuses fractures (bassin, membres inférieur et supérieur gauches), ainsi qu'une lésion au nerf radial gauche qui lui causent de nombreux problèmes fonctionnels. Elle n'a subi aucun traumatisme craniocérébral (TCC). Madame est droitrière.

Lors de votre évaluation initiale, vous faites un bilan complet de ses capacités fonctionnelles. Mme se déplace avec une canne simple sur courtes distances. Elle a besoin d'assistance dans la réalisation de ses AVQ et AVD en raison notamment de la diminution d'endurance debout et de ses limitations d'amplitude et de force au membre supérieur gauche qui rendent difficile la prise d'objets. Elle mentionne aussi avoir peu d'appétit depuis l'accident.

De plus, vous faites une histoire occupationnelle afin de mieux la connaître. Mme L était (avant l'accident) à la recherche d'un emploi dans son domaine d'étude et travaillait, durant ses études, comme vendeuse depuis 3 ans dans une boutique du centre commercial. Elle est en relation avec son conjoint, depuis maintenant 3 ans, et ils prévoyaient déménager ensemble avant l'accident. Son but est donc de retrouver son autonomie antérieure afin de pouvoir déménager en appartement avec son conjoint.

Cela fait maintenant près de 6 semaines que vous suivez Mme L (2 séances/semaine). Mme arrive toujours à l'heure à son rendez-vous (sauf 1 fois en raison d'une tempête de neige), et est très motivée à se mettre en action. Madame vous dit couramment à quel point vous êtes un bon ergothérapeute lorsqu'elle voit les progrès accomplis depuis le début. Bien qu'elle se questionne parfois sur l'utilité et le lien avec ses problèmes de certaines de vos interventions, vos explications la satisfont.

Le temps accordé pour votre plan d'intervention tire à sa fin (6 semaines) et, bien que les progrès de madame soient bons, les objectifs visés ne sont pas atteints.

## **ANNEXE I**

### **VIGNETTE 2**

Vous offrez des services d'ergothérapie en externe auprès d'une clientèle diversifiée dont des personnes ayant subi des lésions musculo-squelettiques. Votre nouvelle cliente, Mme R, est une jeune femme de 25 ans qui sort de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Elle a subi un grave accident de voiture il y a 8 semaines, où la vitesse, l'alcool et la conduite dangereuse se sont mélangés. Elle a subi de nombreuses fractures (bassin, membres inférieur et supérieur gauches), ainsi qu'une lésion au nerf radial gauche qui lui causent des limitations fonctionnelles. Elle n'a subi aucun traumatisme craniocérébral (TCC). Madame est droitrière.

Lors de votre évaluation initiale, vous faites un bilan complet de ses capacités fonctionnelles. Mme R se déplace avec une canne quadripode avec difficulté sur courtes distances. Elle a aussi besoin d'assistance dans la réalisation de ses AVQ et AVD en raison notamment de la diminution d'endurance debout et de ses limitations d'amplitude et de force au membre supérieur gauche qui rendent difficile la prise d'objets.

De plus, vous faites une histoire occupationnelle afin de mieux la connaître. Mme R a occupé plusieurs emplois (tels que serveuse, caissière, vendeuse), mais s'est fait congédier à plusieurs reprises parce qu'elle était continuellement en conflit avec ses pairs. Elle est présentement sans emploi et, en dehors des périodes de thérapie, elle fait de longues siestes (plus de 14 heures de sommeil/jour) et écoute la télévision avec peu d'intérêts. Elle mentionne ne se préparer qu'une rôti au déjeuner et ne pas manger de nouveau avant le souper où elle mange en compagnie de son conjoint, avec qui elle entretient une relation tumultueuse se résumant par l'alternance entre la séparation et la reprise depuis quelques mois. De plus, elle vous mentionne craindre que vous l'abandonniez à son sort comme les thérapeutes (de l'URFI) avant vous l'ont fait.

Cela fait maintenant près de 6 semaines que vous suivez Mme R (2 séances/semaine), et ses progrès sont très lents. Il arrive régulièrement que madame soit 10 à 15 minutes en retard à son rendez-vous, et se mette en colère lorsque vous refusez de prolonger la séance pour avoir ses 60 minutes auxquelles elle a droit. Il lui arrive même de ne pas se présenter à l'occasion. Lorsqu'il a été question de savoir pour quelle raison elle ne se présentait pas ou était en retard, elle s'est tout de suite exprimée en disant que



ce n'est pas de sa faute, qu'elle est motivée à être là, mais qu'il lui arrive toujours des imprévus et que de toute façon, elle n'est pas certaine que tout cela l'aide vraiment à guérir. Madame vous dit couramment à quel point vous êtes un bon ergothérapeute, mais critique parfois vos interventions. De plus, elle critique sans cesse le physiothérapeute en vous disant qu'il est incompetent et qu'il veut masquer cette incompetence en lui jetant le blâme et en arrêtant ses interventions. Vous allez donc parler à votre collègue physiothérapeute pour tenter de comprendre ce qui se passe. Votre collègue vous mentionne avoir beaucoup de difficultés dans sa relation avec madame, qu'elle le critique en plus de discréditer ses interventions tout en ne faisant pas ses exercices à la maison. Il rapporte que les problèmes ont commencé lorsqu'il a vu un amoncellement de petites cicatrices sur la cuisse droite de Mme R. Celle-ci n'aurait pas apprécié que le physiothérapeute lui pose des questions sur ses cicatrices.

Le temps accordé pour votre plan d'intervention tire à sa fin (6 semaines) et les progrès de madame ne permettent pas l'atteinte des objectifs.

## ANNEXE J QUESTIONNAIRES

### Questionnaire

*Pratiques des ergothérapeutes auprès de patients atteints de conditions musculo-squelettiques et présentant un comportement difficile*

#### Questions sociodémographiques

1. Quel est votre sexe?

☐ Homme    ☐ Femme

2. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_

3. Quel est votre nombre total d'années d'expérience clinique? \_\_\_\_\_

4. Quel est votre niveau de scolarité (baccalauréat, maîtrise, autre (précisez))?  
\_\_\_\_\_

5. Combien d'années (ou de mois) d'expérience clinique avez-vous auprès de la clientèle ayant un trouble musculo-squelettique? \_\_\_\_\_

6. Dans quel type de milieu travaillez-vous auprès de la clientèle ayant un trouble musculo-squelettique? (Cocher une ou plusieurs réponses applicables)

- ☐ Hôpital de soins aigus – clientèle interne
- ☐ Hôpital de soins aigus – clientèle externe
- ☐ Centre de réadaptation – clientèle interne
- ☐ Centre de réadaptation – clientèle externe
- ☐ CLSC
- ☐ Clinique privée
- ☐ Autre : spécifiez : \_\_\_\_\_

7. Quel pourcentage approximatif de la clientèle que vous traitez a un trouble musculo-squelettique?

- ☐ Moins de 25%      ☐ 25-49%      ☐ 50-75%      ☐ Plus de 75%

8. Quel pourcentage approximatif de la clientèle que vous traitez présente des comportements difficiles? \_\_\_\_\_

## Questionnaire pour la vignette 1

1. À quel point êtes-vous confiant en votre capacité à traiter cette cliente?

☐ Pas du tout      ☐ Un peu      ☐ Assez      ☐ Très      ☐ Extrêmement

2. Est-ce que vous identifiez certains problèmes chez cette cliente?

☐ Oui      ☐ Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. Dans votre pratique clinique habituelle, comment intervenez-vous avec une cliente comme Mme L?

---

---

---

---

---

---

4. Qu'est-ce qui influence votre décision de poursuivre ou de cesser les interventions auprès d'une cliente comme Mme L?

---

---

---

---

---

---

5. Dans votre pratique clinique habituelle, est-ce que vous réfèrez cette cliente vers d'autres ressources?

☐ Oui      ☐ Non

Et si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui influence votre décision?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Questionnaire pour la vignette 2

1. À quel point êtes-vous confiant en votre capacité à traiter cette cliente?

☐ Pas du tout      ☐ Un peu      ☐ Assez      ☐ Très      ☐ Extrêmement

2. Est-ce que vous identifiez certains problèmes chez cette cliente?

☐ Oui      ☐ Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. Dans votre pratique clinique habituelle, comment intervenez-vous avec une cliente comme Mme R?

---

---

---

---

---

---

4. Qu'est-ce qui influence votre décision de poursuivre ou de cesser les interventions auprès d'une cliente comme Mme R?

---

---

---

---

---

---

5. Dans votre pratique clinique habituelle, est-ce que vous référez cette cliente vers d'autres ressources?

☐ Oui      ☐ Non

Et si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui influence votre décision?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANNEXE K

### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



Université du Québec à Trois-Rivières  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

#### RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Pratiques des ergothérapeutes auprès de patients atteints de conditions musculo-squelettiques et présentant une comorbidité de trouble de la personnalité limite

**Chercheurs :** Jonathan M. Plante  
Département d'ergothérapie

**Organismes :** Aucun financement

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

#### PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 05 février 2014

Date de fin : 05 février 2015

#### COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat de la recherche et de la création ou un substitut suggéré par le doyen de la recherche et de la création.

#### SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien  
**Présidente du comité**

Marie-Eve St-Germain  
**Secrétaire du comité**

**Date d'émission :** 05 février 2014

**N° du certificat :** CDERS-14-03-06.06  
DECSR

Figure 3. Certificat d'éthique de la recherche