



# **Interventions visant à améliorer les compétences des infirmières dans l'accompagnement des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline**

**Une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Amélie Emonet**

Promotion 2017-2020

Sous la direction de :

Catherine Senn-Dubey et Marie Charrière-Mondoux

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 09 juillet 2020

## Résumé

**Problématique** : En Suisse, un peu plus de 100'000 personnes sont touchées par un trouble de la personnalité borderline. En raison de la complexité de ce trouble, les infirmières impuissantes adoptent des attitudes et comportements inadéquats. Il leur est difficile d'être empathiques envers ces patients qualifiés de difficiles, exigeants et consommateurs de temps. Ces attitudes et comportements inappropriés représentent un obstacle à une prestation de soins efficace et de qualité, impactant directement sur le processus de rétablissement des patients.

**But** : L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les interventions permettant d'améliorer les compétences des infirmières prenant en charge des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

**Méthodologie** : Le devis est une revue non systématique de la littérature. Les bases de données Cinahl et PubMed ont été consultées de décembre 2019 à avril 2020. Les recherches ont permis de sélectionner trois études afin de répondre à la question de recherche. Le cadre de référence se compose de la théorie du Recovery et du Modèle humaniste des soins infirmiers de Cara.

**Résultats** : Les devis et les interventions des études sont différents. Elles ne permettent pas une synthèse des résultats. Par contre, elles ont toutes eu un impact positif sur les attitudes des infirmières.

**Discussion** : Le fait d'intégrer un expert de la pratique dans la formation est bénéfique pour redonner espoir aux infirmières quant au pronostic de ces patients. Il s'est avéré que le contexte de soins aigus n'est pas favorable pour la prise en charge de ces patients, en particulier, lors de longues hospitalisations. Les formations ont eu principalement un impact sur le cognitif, ce qui n'est pas suffisant. Il serait nécessaire

de développer des formations agissant sur les connaissances, mais également sur les attitudes et les comportements des infirmières.

**Mots-clés :** *trouble de la personnalité borderline, compétences (savoirs, comportements, attitudes du personnel soignant), éducation, soins infirmiers en psychiatrie, personnel infirmier*

## Table des matières

Résumé .....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures .....	viii
Remerciements .....	2
Introduction.....	3
Problématique .....	5
Question de recherche .....	10
Objectifs poursuivis.....	10
Cadre théorique.....	11
Recovery .....	12
Les phases du rétablissement .....	15
Les dimensions du rétablissement.....	15
Les attitudes des intervenants.....	18
Le modèle humaniste des soins infirmiers .....	19
Concepts clés du Modèle.....	20
La Compétence.....	20
Le Caring .....	21
Echelle d'Interactions Infirmière-Patient .....	21
Méthode .....	23
Argumentation du devis de recherche .....	24
Les critères d'éligibilité.....	24
Critères d'inclusions.....	24
Bases de données consultées .....	25
Stratégie de recherche .....	26
Sélection des articles de recherche .....	26
Extraction et synthèse des données .....	28
Résultats .....	29
Qualité méthodologique des résultats.....	30
Dickens, Lamont, MacArthur, & Stirling (2019).....	31
Résultats quantitatifs .....	33
Résultats qualitatifs .....	34

Keuroghlian, Palmer, Choi-Kain, Borba, Links, & Gunderson (2016) .....	35
Résultats quantitatifs .....	36
Warrender (2015).....	38
Résultats qualitatifs .....	39
Discussion .....	42
Synthèse générale des résultats.....	43
L'espoir .....	43
Contexte de soins aigus.....	45
Apprentissages et compétences .....	47
Forces et limites .....	49
Recommandations et implications .....	50
La formation.....	50
La pratique.....	50
La recherche.....	51
Conclusion.....	52
Références .....	54
Appendice A .....	59
Appendice B .....	90
Appendice C .....	92
Appendice D .....	98

**Liste des tableaux**

Tableau 1	<i>Mots clés traduits pour les bases de données PubMed et Cinahl.....</i>	25
-----------	---	----

## Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux.....	27
----------------------------------	----

### **Remerciements**

Je tiens à remercier sincèrement Madame Catherine Senn-Dubey et Madame Marie Charrière-Mondoux, directrices de Travail de Bachelor et enseignantes à la Haute Ecole de santé de Fribourg pour leur accompagnement, leur investissement ainsi que leur disponibilité.

Mes remerciements s'adressent à ma famille, mes amis et à Adrien pour le soutien apporté durant la réalisation de ce travail.

Merci également à Madame Emma Pillonel, Madame Patricia Emonet et Monsieur Michel Emonet pour la correction de l'orthographe et la relecture de ce travail.



## Introduction

Les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline, représenteraient, selon le DSM-5, 20% des hospitalisations en psychiatrie. (Crocq, Guelfi, & American Psychiatric Association, 2015). Par conséquent, les infirmières sont fréquemment amenées à prendre en charge ces patients. En raison de la complexité de ce trouble, elles éprouvent un sentiment d'impuissance, de colère et le sentiment d'être constamment mises au défi (Knaak, Szeto, Fitch, Modgill, & Patten, 2015).

De ceci, naît une profonde stigmatisation influençant les attitudes et les comportements des infirmières envers ces patients. En effet, elles adoptent alors des attitudes et des comportements inadéquats affectant la qualité et l'efficacité des soins, ainsi que le processus de rétablissement des patients (Emard, 2009 ; Knaak, Szeto, Fitch, Modgill, & Patten, 2015).

Les recherches antérieures démontrent que cette problématique est très fréquente dans les services de santé mentale (Dickens, Lamont, & Gray, 2016 ; Knaak, Szeto, Fitch, Modgill, & Patten, 2015). Il existe un besoin conséquent de formation pour améliorer les compétences infirmières face à ces patients (Knaak et al., 2015).

Cette revue de littérature permettra de se rendre compte de la situation actuelle. C'est-à-dire, si la situation est restée la même durant ces dernières années ou si elle a évolué. De plus, il recensera les interventions visant à améliorer les compétences (savoirs, comportements et attitudes) des infirmières en santé mentale prenant en charge des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Finalement, à l'issue de ce travail, des pistes pour la pratique et pour les recherches futures seront proposées.

## Problématique

En Suisse, environ 17% de la population souffre de maladies psychiques (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki, & Schibli, 2015). Parmi elles, nous retrouvons notamment les troubles de la personnalité. La prévalence des troubles de la personnalité est de 0,6 à 0,7% dans l'Union Européenne et de 1% en Suisse (Maercker, Perkonig, Preisig, Schaller, & Weller, 2013 ; Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson, & Jönsson, 2011). Le DSM-5 définit le trouble de la personnalité comme :

Un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement. (Crocq, Guelfi, & American Psychiatric Association, 2015, p. 759)

La littérature démontre que le trouble de la personnalité borderline (TPB), est le plus répandu parmi les troubles de la personnalité (McGrath & Dowling, 2012). En Suisse, c'est un peu plus de 100'000 personnes qui sont touchées par cette maladie (Knuf, 2014). Elle est plus fréquente que la schizophrénie et que le trouble bipolaire (McGrath & Dowling, 2012). Selon l'American Psychiatric Association, dans la population générale des Etats-Unis, aucune différence significative entre les femmes et les hommes n'a pu être démontrée. Par contre, en milieu clinique, les femmes représentent 3 cas sur 4 (2000, cité dans Skodol, 2019).

Le trouble de la personnalité borderline, aussi appelé « état limite » est défini selon DSM-V par : « Un 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 » (Crocq, Guelfi, & American Psychiatric Association, 2015, p. 759).

Les causes de l'apparition de ce trouble restent encore inconnues (Skodol, 2019). Néanmoins, durant ces dernières années, des études ont démontré qu'une grande partie des personnes atteintes par ce trouble avait été victime de traumatismes

sévères durant l'enfance. Il était question notamment, d'actes de violence physique, d'abus sexuels, de négligence ou de séparation précoce avec les parents (Knuf, 2014). De nombreux chercheurs pensent que l'environnement social peut également jouer un rôle et contribuer à l'apparition de ce trouble. En effet, durant l'enfance, les émotions éprouvées par ces personnes, ainsi que leurs impressions n'ont pas été confirmées par l'environnement social (Knuf, 2014). Selon Knuf, cet environnement social les estimait « déplacées, inappropriées ou erronées » (2014, p. 15). On parle alors « d'environnement invalidant » (Knuf, 2014, p. 15).

Le trouble de la personnalité borderline se caractérise par une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, de l'affect mais également par une impulsivité marquée [traduction libre] (Dickens, Gray, & Lamont, 2016, p.1848). Selon Zimmerman, Multach, Dalrymple, & Chelminski, l'instabilité affective est la manifestation la plus spécifique de ce trouble (2017, cité dans Skodol, 2019). Ces personnes peuvent au cours d'une même journée, connaître de multiples fluctuations de l'humeur. Ces changements sont régulièrement déclenchés par des facteurs de stress environnementaux (Skodol, 2019). Les patients atteints par ce trouble ont en général des relations instables et conflictuelles, marquées par une tendance à idéaliser puis à dévaloriser les autres (Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015). Si l'individu ne parvient pas à répondre aux besoins du patient, celui-ci va soudainement se mettre en colère de manière excessive, se sentir humilié ou déprimé (Skodol, 2019). Pour eux, soit une personne est bonne, soit elle est mauvaise. Ils ne parviennent pas à la percevoir de manière nuancée (Knuf, 2014). Ceci est plus communément appelé clivage, que le DSM-5 définit par :

Un mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en compartimentant des états affectifs opposés et en échouant à intégrer ses propres qualités et défauts et ceux des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant pas être éprouvés simultanément, des perceptions et des attentes plus nuancées

de soi ou des autres sont exclues du champ des émotions conscientes. Le soi et les images objectales tendent à alterner entre des positions opposées : être exclusivement aimant, puissant, digne, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant ou sans valeur. (Crocq, Guelfi, Boyer, Pull, & Pull, 2015)

Ces patients ont tendance à interpréter négativement certains mots et certaines expressions faciales, comprenant ceci comme un signe que la personne veut mettre un terme à la relation. Ils ont une réelle peur de l'abandon. Pour l'éviter, ils vont rétorquer par de la colère, des menaces, mais également par des automutilations (Skodol, 2019). L'impulsivité est également une caractéristique de ce trouble. Elle consiste à agir spontanément sans penser aux conséquences de ses comportements. Par exemple, avoir des relations intimes non-protégées, dépenser de l'argent sans compter, jouer à des jeux d'argent (Prada et al., 2015). Tous ces symptômes peuvent être à l'origine de comportements autodestructeurs comme des mutilations, brûlures et abus de médicaments. Ils représentent des tentatives de soulager la tension intérieure ainsi que la souffrance éprouvée (Prada et al., 2015). Le phénomène de dissociation est un mécanisme de défense de l'organisme, développé par les individus, victimes d'abus sévères. Ils ont alors la capacité de se détacher de leur propre corps afin de rendre la douleur supportable. Ce mécanisme peut être réactivé en tout temps. C'est un état désagréable car les individus ne sentent plus leur corps et perdent toutes perceptions. Pour contrer ce sentiment d'irréalité, ils vont s'infliger des blessures ou de la douleur dans le but de se recentrer dans leur propre corps (Knuf, 2014). Les menaces de tentatives de suicide et les passages à l'acte sont courants chez ces patients. Environ 10% des personnes diagnostiquées décèdent par suicide (Knuf, 2014).

Selon Prada et al. (2015), de ces comportements naissent une profonde stigmatisation et une perception erronée d'un désir de manipuler de la part de l'entourage. Le suivi sur le long terme de ces patients est particulièrement complexe

car la fréquence des crises est compliquée à maîtriser. Plus de 50% des cliniciens abandonnent la prise en charge et délèguent les situations à leurs confrères. Aviram, Brodsky et Stanley ont démontré qu'il est difficile pour les cliniciens d'être empathique envers ces patients souvent qualifiés de difficiles, dangereux, manipulateurs, exigeants, et à la recherche d'attention. [traduction libre] (2006, cité dans McGrath & Dowling, 2012, p. 2). Les personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline font partie de l'un des groupes les plus stigmatisés du milieu de la santé mentale (Day, Hunt, Cortis-Jones, & Grenyer, 2018). En effet, les soignants réagissent souvent de manière négative face à cette population et montrent régulièrement des attitudes stigmatisantes et inadéquates (Dickens et al., 2016). Il s'est avéré que parmi tous les intervenants de la santé, les infirmières<sup>1</sup> sont les professionnels ayant les attitudes les moins adéquates lorsqu'il s'agit de soigner ces personnes (Dickens et al., 2016). Ces patients provoquent chez elles une infinité de sentiments, notamment, un sentiment d'impuissance, d'échec thérapeutique, de dévalorisation, de colère et de frustration [traduction libre] (Dean, Siddiqui, Beesley, Fox, & Berry, 2018). Selon Newton-Howes, Weaver et Tyrer, il est difficile pour les infirmières de travailler avec ce groupe de patients. Elles décrivent diverses réactions inutiles, à la fois pour le patient mais aussi pour elles-mêmes, allant à l'encontre des valeurs de la profession [traduction libre] (2008, cité dans Dickens, Lamont, & Gray, 2016, p. 1870). Ceci explique un niveau élevé d'épuisement, ainsi qu'un roulement fréquent du personnel dans les services prenant en charge ces personnes (Mortimer-Jones et al., 2016).

Cette stigmatisation peut devenir un obstacle à une prestation de soins efficace et de qualité. En effet, selon Knaak et al. (2015), ces réactions négatives peuvent

---

<sup>1</sup> Les femmes en Europe représentent 89% du personnel infirmier (OMS, 2020). Par conséquent, le nom au féminin a été privilégié dans ce travail.

s'avérer contre-productives. Elles peuvent mener à une probabilité plus faible de créer une alliance thérapeutique avec le patient. Une distance émotionnelle et sociale peut également se développer, ainsi qu'un manque d'empathie. De plus, le traitement peut être mis à terme prématurément [traduction libre] (p. 2). Les infirmières sont moins optimistes au sujet de ce que ces patients sont capables d'accomplir en comparaison avec d'autres patients diagnostiqués d'une dépression ou d'une schizophrénie (Dean et al., 2018). Durant ces dernières années, une attention particulière a été portée sur l'expérience vécue par les patients diagnostiqués. Selon Byrne, des femmes éprouvaient le sentiment de vivre avec une étiquette péjorative, avec un comportement autodestructeur perçu comme manipulateur. Par conséquent, ils risquaient d'avoir un accès limité aux soins pour ces différentes raisons [traduction libre] (2000, cité dans McGrath & Dowling, 2012, p. 2). Ces différents éléments mentionnés précédemment, démontrent un besoin important d'éducation et de formation. Ceci, vise ainsi à améliorer les compétences des professionnels pour leur permettre d'interagir adéquatement et efficacement avec ces patients (Knaak et al., 2015, p. 2). Montésinos définit la compétence infirmière comme :

L'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin. (1997, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 111)

Selon Formarier et Jovic (2012), elle se compose de : « savoirs théoriques, procéduraux, expérientiels (savoir-faire), sociaux, cognitifs et comportementaux (savoir-être) » (p. 111-112).

En 2015, une revue de littérature a été réalisée (Dickens, Hallett, & Lamont, 2015) afin d'évaluer la situation et de déterminer si des interventions pouvaient améliorer les compétences des infirmières face à ce groupe de patients. Les résultats de la

revue de littérature ont démontré qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes de qualité pour soutenir le développement et la mise en place de programmes de formation. L'objectif à travers cette nouvelle revue de littérature est d'explorer si de nouvelles études ont été effectuées depuis 2015, démontrant une évolution de la situation. C'est-à-dire, si des interventions ont permis d'améliorer les compétences des infirmières et indirectement obtenir de meilleurs résultats pour les patients.

### **Question de recherche**

Comment améliorer les compétences (savoirs, comportements, attitudes) des infirmières en psychiatrie face à des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ?

### **Objectifs poursuivis**

L'objectif de cette recherche est d'identifier des interventions permettant d'améliorer les compétences des infirmières prenant en charge des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline.



## **Cadre théorique**

Ce chapitre explicite le cadre théorique sur lequel est fondé ce travail. La théorie choisie est celle du « Recovery » pour orienter les soins aux patients. Elle est complétée par le Modèle humaniste des soins infirmiers de Cara, découlant lui-même de l'école de pensée du Caring de Jean Watson. Il décrit les attitudes s'inscrivant dans une perspective de soin caring permettant à l'infirmière de soutenir le processus de rétablissement du patient.

### **Recovery**

De nos jours, l'idée pessimiste que la maladie psychique est synonyme de longue durée et chronique est encore très présente. Pour de nombreux professionnels et uniquement dans le meilleur des cas, la prise en charge aboutit seulement à une stabilisation des symptômes (Greacen & Jouet, 2013). La théorie du « Recovery » développée par des patients pour des patients, remet en cause cette idée et modifie la vision actuelle des soins infirmiers.

Le terme « Recovery », est la traduction anglaise du rétablissement (Webster, 1988, cité par Provencher, 2002, p. 38). Dans la langue française, le rétablissement équivaut à « l'action de rétablir », « le retour à la santé » ou encore à « l'effort pour retrouver l'équilibre après une crise » (Petit Robert en ligne, n. d.). Selon Anthony, le rétablissement dans un contexte de maladie mentale se définit par :

Un processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie. Le rétablissement suppose le développement de sens et d'objectifs nouveaux dans la vie de quelqu'un qui grandit malgré les effets catastrophiques de la maladie mentale. (1993, cité dans Ellingham & Grisart, 2014, p. 30)

Cette approche introduit la notion d'espoir dans le milieu psychiatrique. Au travers de celle-ci, les patients expriment leur propre vision du rétablissement et ce dont ils

ont besoin pour évoluer dans ce processus (Greacen & Jouet, 2013). Elle s'inscrit dans ce nouveau paradigme de transformation où l'expérience de santé est au centre de la pratique infirmière (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

Selon cette perspective, La Personne représente le cœur des interventions infirmières. Elle est un individu, une famille et des proches, une communauté ou une population qui est en interaction avec son environnement. Celle-ci inclut plusieurs dimensions indissociables et reliées entre elles (biophysique, psychologique, socioculturelle, développementale, spirituelle etc.) qui vont permettre de faire jaillir les priorités et les préoccupations. Des savoirs valides, un potentiel, un pouvoir de décision et d'action sont tous des attributs que la Personne possède et qui l'amènent à donner un sens unique à ses propres expériences de santé (Cara et al., 2016).

La Santé, quant à elle, se caractérise par l'amélioration constante du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne comme elle le conçoit. Le bien-être correspond à la perception qu'a l'individu de son état et de son expérience de santé dans le moment présent, le « ici et maintenant » (Cara et al., 2016). Le mieux-être correspond à un état de projection, ce que la personne souhaiterait à sa sortie de l'hôpital par exemple. Et enfin, l'harmonie se définit par un état d'équilibre entre la Personne et la relation qu'elle maintient avec son environnement. Ceci en fait une expérience unique, dynamique et multidimensionnelle (Cara et al., 2016).

L'environnement est représenté par tout ce qui se trouve autour de la Personne (aspects matériels, culturels, écologiques et sociopolitiques). « L'interaction entre la Personne et son environnement est continue, réciproque, dynamique et déterminante à sa santé » (Cara et al., 2016). Elle prend part à un système de relations avec son milieu de vie et sa communauté. Le bien-être et le mieux être dépendent de la qualité de ces relations. Les différentes caractéristiques de l'individu et des personnes

significatives de son environnement, ainsi que les caractéristiques de l'environnement dit « distal », interagissent entre eux. Cette interaction peut amener au mieux-être de l'individu et à un « mieux vivre ensemble » (Cara et al., 2016).

Finalement, le soin consiste en l'accompagnement de la Personne de façon humaine, relationnelle et transformatrice, cela en mettant en avant son potentiel. Ainsi qu'en renforçant son pouvoir d'action et en créant avec le patient un environnement qu'il considère comme bénéfique à sa santé. L'infirmière débute le soin en reconnaissant que l'expérience de la Personne est unique. La Personne est invitée par l'infirmière à devenir son partenaire de soin. Celle-ci valorise et intègre dans ses interventions, la signification que la Personne donne à son épisode de santé/maladie (Cara et al., 2016). Il s'agit de miser sur les ressources de la Personne afin qu'elle se développe de manière harmonieuse dans l'environnement. L'objectif du soin est de favoriser le développement du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne tout en conservant sa dignité humaine (Cara et al., 2016).

Ce changement de paradigme s'effectue lentement et demande aux infirmières de réadapter leur prise en charge. Le passage d'un paradigme à un autre reste complexe (Pepin et al., 2017). En effet, selon Pepin et al. (2017), « quand un paradigme a guidé la compréhension du monde pendant plusieurs années, il est difficile de le remplacer par une autre façon de voir » (p. 49).

Selon cette approche, il serait idéal que les infirmières soient conscientes que l'expérience du rétablissement est subjective et singulière. En effet, la transformation de la personne en cours de rétablissement dépend de ses valeurs et de son rythme. L'expérience et la perception de l'individu sont les seuls éléments permettant de comprendre son rétablissement. Ceci, tout en étant attentif aux différents facteurs pouvant impacter sur les possibilités et les probabilités de changements (Provencher,

2002). Cette pratique infirmière vise le bien-être défini par la personne elle-même (Pepin et al., 2017). C'est pourquoi, l'objectif du rétablissement n'est pas forcément de parvenir à une rémission complète (Mead & Copeland, 2000, cité dans Provencher, 2002), mais de vivre une vie plus satisfaisante (Emard, 2009).

### **Les phases du rétablissement**

Trois phases servent de repères dans le processus : (Young & Ensing, 1999, cité dans Provencher, 2007).

Le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles. La phase initiale est suivie d'une phase intermédiaire caractérisée par l'actualisation du pouvoir d'agir, la redéfinition du soi, la reprise d'activités de la vie quotidienne, et le développement et la consolidation de relations significatives avec les autres. La dernière phase consiste en la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation du bien-être et la qualité de vie. (Young & Ensing, 1999, cité par Provencher 2002, p. 39)

Young et Ensing, soulignent que ce processus, plus précisément le passage d'une phase à une autre n'est pas réalisé de manière linéaire (1999, cité dans Provencher, 2002). L'idéal serait que les infirmières comprennent que les échecs et les périodes de plateau dans l'atteinte des objectifs, font partie intégrante de ce processus de rétablissement. Ils représentent des opportunités d'apprentissages et de croissance personnelle (Provencher, 2002 ; Provencher, n.d, cité dans Provencher, 2007).

### **Les dimensions du rétablissement**

Il existe quatre dimensions qui se trouvent au centre de ces transformations (Provencher, 2002). La première est la redéfinition et l'expansion de soi. L'évolution du soi est tournée vers une meilleure reconnaissance de ses forces et de ses faiblesses. Ces changements sont liés à deux processus : un processus de deuil et

un processus de découverte d'un nouveau soi (Provencher, 2002). Le patient va alors redéfinir son identité. L'identité personnelle ou « Je », se définit selon Tap, par les représentations et les sentiments permettant à l'individu de se percevoir le même à travers le temps (1987, cité dans Formarier & Jovic, 2012). Tandis que l'identité sociale ou le « moi », représente « la conscience qu'a cet individu d'appartenir à un groupe social ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance » (Autin, 2005, p. 203-204, cité dans Formarier & Jovic, 2012). Selon Pettie et Triolo, l'acceptation du trouble mental donne l'opportunité de découvrir de nouvelles facettes du soi. De plus, la personne accordera plus d'intérêt à « qui elle veut être » et non pas à « celle qu'elle n'est plus » (1999, cité dans Provencher, 2007).

La seconde dimension est la relation à l'espace temporel. Deux concepts la définissent : la spiritualité et l'espoir. Les croyances et la spiritualité donnent l'occasion à la personne de donner une signification à sa souffrance et d'agir en conséquence (Provencher, 2002). En effet, certaines personnes pensent qu'un Être supérieur bienveillant les orienterait dans les décisions et choix de la vie (Provencher, 2007). En ce qui concerne l'espoir, il est très important dans le processus de rétablissement (Provencher, 2002). Selon Stotland : « L'espoir est la perception d'une probabilité d'atteindre un but » (1969, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 182-184). Il représente une condition importante influençant l'engagement et l'investissement de la personne (Formarier & Jovic, 2012). O'Malley & Menke mentionnent que l'espoir la guide vers un avenir et lui permet de dépasser ses limites afin d'atteindre ses objectifs préalablement fixés (1988, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 182-184). En effet, il permet au patient de croire en un avenir meilleur (Provencher, 2002). Il le pousse à s'engager et à entreprendre des actions (Provencher, 2007). L'infirmière

doit être porteuse d'espoir afin que le patient progresse dans son processus de rétablissement.

Ensuite, le pouvoir d'agir, aussi appelé empowerment est la troisième dimension. L'empowerment ou plus communément appelé autonomisation, se définit par : « Un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé » (Formarier & Jovic, 2012, p.173). Selon Young et Ensing, l'individu assume un plus grand nombre de responsabilités et exerce un plus grand contrôle sur sa vie. Il met en place de nouvelles stratégies afin d'être plus actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie (1999, cité dans Provencher, 2002). Cela nécessite de l'infirmière qu'elle crée les conditions propices afin que la personne explore son potentiel de santé (Pepin et al., 2017). C'est-à-dire un environnement empreint d'espoir et de respect, dans lequel l'individu éprouve un sentiment d'appartenance. Elle favorise et soutient la participation accrue de l'individu dans la prise de décisions, en apportant suffisamment d'informations pour qu'il puisse faire des choix en connaissance de cause (Ryan, Baumann, & Griffiths, 2012).

La dernière dimension concerne les relations avec les autres. Elle met l'accent sur la création d'un environnement social empreint de respect, validant la possibilité de croissance de la personne (Provencher, 2007). Ceci concerne les relations entretenues avec la famille, les pairs et les services de santé (Provencher, 2002). Le soutien provenant des parents et d'amis est primordial. Cependant, la personne doit également tisser des liens avec des pairs. Ceux-ci peuvent apporter leur soutien et leur compréhension (Provencher, 2007).

Dans ce nouveau paradigme, le soin consiste à « être avec » la personne (Pepin et al., 2017). En effet, « La relation intervenant-personne/utilisatrice s'inscrit dans le contexte d'un rapport non hiérarchisé au sein duquel l'intervenant abandonne son

statut d'expert. Il devient un consultant ou un agent facilitateur au service de la personne » (Deegan, 1997 ; Fisher, 1994 ; Murphy, 1998 ; Tobias, 1990, cités dans Provencher, 2002, p. 51). L'infirmière possède des connaissances et des compétences, mais elle va privilégier la façon de voir et les préoccupations de la personne. Son rôle est d'accompagner le patient, tout en respectant son rythme et son parcours, mais également sa propre vision de la santé (Pepin et al., 2017). Cette nouvelle posture de l'infirmière dans la relation de partenariat soignant-soigné, se révèle être un challenge pour les professionnels. Le partenariat se définit par la collaboration des différents acteurs de santé (patients, proches et professionnels de santé) qui se partagent le processus de décision, tout en reconnaissant les expertises et ressources de chacun. L'objectif est de parvenir à la réalisation du projet de vie de la personne soignée (Lefèvre, 2008, cité dans Formarier & Jovic, 2012). Le patient fixe ses propres objectifs qui devront être acceptés par le professionnel.

### **Les attitudes des intervenants**

Les attitudes des intervenants influencent directement le processus du rétablissement du patient.

En effet, selon Emard (2009), de plus en plus de patients témoignent de leur chemin parcouru démontrant que le rétablissement est possible. Par contre, cela nécessite que les intervenants soient empathiques et ouverts envers ces patients. Mais également, qu'ils respectent leurs valeurs et leurs choix, tout en leur transmettant l'espoir. Provencher (2002) mentionne que les attitudes des intervenants spécifiques au rétablissement sont :

Le respect des préférences de la personne, la recherche d'opportunités permettant à cette dernière d'exercer son pouvoir d'agir dans la poursuite de ses objectifs de vie, l'instillation de l'espoir, la validation de son potentiel dans les expériences positives et le partage du pouvoir décisionnel relié aux orientations de traitement. (p. 51)



Ces différentes valeurs humanistes et attitudes proviennent directement de l'école de pensées du caring. L'infirmière doit les adopter afin de soutenir de façon adéquate le processus du rétablissement du patient.

### **Le modèle humaniste des soins infirmiers**

Ce modèle a été développé et mis en œuvre par Chantal Cara, titulaire d'un doctorat de philosophie et professeure à la faculté des sciences infirmières de Montréal. Elle s'est inspirée de travaux de philosophes humanistes. Tels que, Martin Buber et Carl R. Rogers, qui mettent en avant l'importance de la relation entretenue entre les individus. Ce modèle est également fondé sur plusieurs travaux d'auteurs de l'école de pensées du caring (Cara et al., 2016). Le caring se caractérise par des soins infirmiers centrés sur l'accompagnement. La personne est considérée comme « unique et en interrelation avec le monde » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). La philosophie du Human Caring de Watson s'est avérée être peu applicable dans la pratique. C'est pour cette raison que Cara a voulu créer un modèle plus accessible et plus susceptible d'être appliqué en milieu clinique (Cara et al., 2016). Selon Cara, la Compétence et le Caring sont complémentaires afin d'arriver à une pratique professionnelle centrée sur la Personne, qui a pour but d'assurer la sécurité et la qualité des soins. Ce modèle a également comme objectif d'améliorer la satisfaction et le bien-être des patients et des infirmières (Cara et al., 2016).

L'infirmière qui s'inspire de ce Modèle, démontre son intérêt à comprendre et reconnaître le patient comme étant unique. De plus, elle privilégie l'écoute et par conséquent, offre l'opportunité à la personne soignée de partager son expérience de santé. La présence de l'infirmière est réconfortante lorsqu'elle est à la fois authentique et compatissante. L'engagement dans un partenariat avec la personne permet à

l'infirmière de prendre en compte les préoccupations du patient et de défendre ses droits et intérêts. Elle va offrir un accompagnement afin que la personne puisse donner un sens à son expérience de santé (Cara et al., 2016).

Selon Cara : « Avec le modèle humaniste des soins infirmiers, l'infirmière accompagne, d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice, la Personne qui, en interaction avec son environnement, donne une signification unique à son expérience de santé » (Cara et al., 2016, p. 1).

### **Concepts clés du Modèle**

Comme cité précédemment, la Compétence professionnelle et le Caring permettent une pratique infirmière centrée sur le patient. Par conséquent, en travaillant sur ces deux éléments, il est possible d'améliorer les compétences, attitudes et comportements des infirmières prenant en charge des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

### **La Compétence**

Le développement de la Compétence professionnelle repose sur des connaissances, ainsi que sur l'expérience personnelle et professionnelle. Le « C » majuscule, évoque l'association de différentes compétences. Elles correspondent à des savoir-agir mobilisant et assemblant plusieurs ressources, notamment, des savoirs. Ils sont représentés par 3 types : le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. Le savoir illustre les savoirs infirmiers appliqués dans la pratique. Ensuite, il y a le savoir-être qui exprime la manière d'être du soignant et finalement le savoir-faire, représentant les habiletés techniques. Ces différents types sont utilisés par l'infirmière en fonction des situations auxquelles elle doit faire face. Ils s'acquièrent en particulier

par la pratique réflexive. Cette Compétence professionnelle vise à l'amélioration de la qualité des soins. La compétence de nature « relationnelle » est la plus importante de toutes. Elle s'obtient par une pratique réflexive humaniste (Cara et al., 2016).

### **Le Caring**

Selon Cara et al. (2016), le Caring se définit par : « un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la Personne afin de favoriser sa santé » (p. 25). Il tend au rétablissement de la santé, mais aussi au bien-être des patients et des infirmières (Krol & Legault, 2008). Il existe six valeurs humanistes qui sont à l'origine de ce Modèle : le respect ; la dignité humaine ; la croyance au potentiel de développement de la Personne ; la liberté de choix et d'agir ; la rigueur et l'intégrité (Cara et al., 2016). Ces valeurs humanistes sur lesquelles se base le caring, impactent directement les attitudes. Ces attitudes, quant à elles, vont permettre de guider les comportements de l'infirmière. Ceci, se perçoit dans les interventions qu'elle va adopter (Cara et al., 2016).

### ***Echelle d'Interactions Infirmière-Patient***

Watson considère le caring comme une manière d'être et non pas comme une manière de faire (1979, 1988, cité dans Cossette, 2006). Les énoncés de l'Echelle d'Interactions Infirmière-Patient (Appendice C) retracent les différentes attitudes et comportements de caring (Cosette, Cara, Ricard, & Pepin, 2005). Ces énoncés sont directement issus des dix facteurs caratifs développés par Watson. Les attitudes mentionnées sont notamment, l'empathie, la compassion, l'ouverture, l'écoute sincère, l'engagement et la présence, etc. Comme précisé plus haut, elles guident les comportements (Cara et al, 2016). Par exemple : « Accompagner la Personne à

explorer la signification qu'elle accorde à sa situation de santé ; constater et souligner ses efforts ; l'encourager à maintenir l'espoir » (Cara et al., 2016, p. 25).

## Méthode

La méthodologie de la recherche est décrite dans le chapitre suivant. Elle a permis de sélectionner les trois articles utilisés dans cette revue de littérature.

### **Argumentation du devis de recherche**

Le devis sélectionné pour la réalisation de ce travail de Bachelor est une revue non systématique de la littérature. Elle a pour objectif de répondre à la question de recherche précédemment exposée. Ce devis a été choisi car il permet d'avoir une vue d'ensemble des recherches effectuées depuis la dernière revue de littérature de Dickens sur ce même sujet. La recherche se porte sur tout type d'interventions visant à améliorer les compétences des infirmières dans la prise en charge des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. On s'intéresse également aux opinions des participants quant à l'impact de ces interventions sur la pratique clinique.

### **Les critères d'éligibilité**

Dans le but de cibler précisément les recherches, des critères d'inclusions ont été utilisés.

#### **Critères d'inclusions**

- Les infirmières travaillant auprès de personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.
- Les études testant des interventions afin d'améliorer les compétences des infirmières.
- Les études parues après 2015.

### Bases de données consultées

Les bases de données Cinahl et PubMed ont été consultées de décembre 2019 à avril 2020. Les mots clés choisis étaient en relation avec la question de recherche. Les principaux concepts ont été relevés comme le trouble de la personnalité borderline, les infirmières (en psychiatrie), les compétences (incluant, les savoirs, les comportements et les attitudes du personnel soignant). Ils ont été traduits dans HeTOP afin de déterminer les mots Mesh, mais aussi sur la base de données Cinahl pour obtenir les descripteurs Cinahl. Au fur et à mesure des recherches, d'autres mots pertinents ont également été ajoutés. Grâce à ces termes, les recherches ont pu être entreprises sur les deux bases de données citées précédemment.

Tableau 1

*Mots clés traduits pour les bases de données PubMed et Cinahl*

Termes significatifs	Synonymes, Termes proches, Termes reliés En Français	Synonymes, Termes proches, Termes reliés En Anglais	Descripteurs CINAHL	Termes MESH
Trouble de la personnalité borderline	Personnalité limite Etat limite Trouble de la personnalité limite	Emotionally unstable personality disorder	Borderline personality disorder, Personality disorders	Borderline personality disorder
Attitude du personnel soignant	Attitude du personnel de soins Attitude du personnel sanitaire Attitude du personnel de soins de santé	Attitude of health personnel	Attitude of health personnel Health personnel attitude	Attitude of health personnel Health personnel attitude
Soins infirmiers en psychiatrie	Soins infirmiers psychiatriques	Psychiatric nursing Mental health nursing	Psychiatric nursing Mental health nursing	Psychiatric nursing Mental health nursing
Personnel soignant / infirmier	Personnel de santé Prestataires de soins	Health personnel Health care provider Nursing staff	Health personnel Health care providers Nursing staff	Health personnel Health care provider Nursing staff

	Travailleurs de la santé Professionnel de la santé		Health professional	
Savoirs	Connaissances	Knowledge	Knowledge	Knowledge
Compétences professionnelles	-	Professional competence Professional skills	Professional competence Professional competencies Professional skills	Professional competence
Comportement	-	Behaviour Behavior	Behavior Behaviour	Behavior
Education	Enseignement Formation Activités d'éducation Programme de formation	Education Education activities Training programs	Education Educational interventions Training program	Education Educational activities Training program

### Stratégie de recherche

Dans un premier temps, chaque mot clé a été inclus de manière individuelle dans les bases de données. Puis, ils ont été combinés entre eux pour former des équations (Appendice B) afin d'affiner la recherche. Certains, que l'on retrouve dans le tableau ci-dessus, n'ont pas été utilisés car ils n'aboutissaient à aucun article. Les termes choisis n'ont pas été suffisants pour identifier toutes les études. Par conséquent, d'autres mots clés ont été ajoutés au cours de la recherche. Les articles datant d'avant 2015 ont été exclus.

### Sélection des articles de recherche

Une fois l'équation de recherche inscrite dans la base de données, plusieurs articles ont été proposés par le moteur de recherche. Il était nécessaire de faire un tri afin de sélectionner les plus pertinents. Premièrement, les doublons ont été éliminés. Ensuite, si le titre correspondait aux critères, on prenait connaissance du résumé. Dans le cas où il semblait être approprié, une lecture plus approfondie de l'article était



réalisée afin d'en extraire les informations. Finalement, trois articles ont été synthétisés et analysés pour la rédaction de cette revue de littérature.

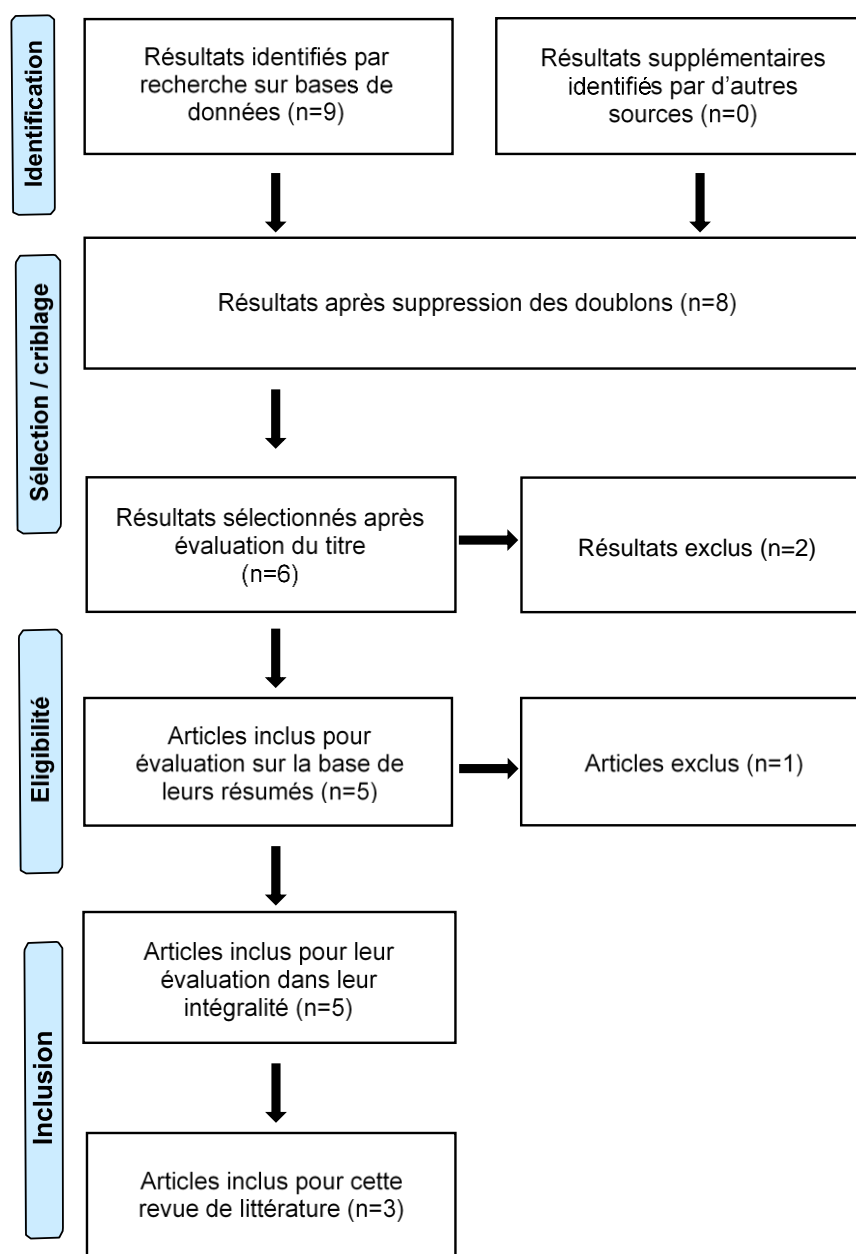


Figure 1. Diagramme de flux

(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009)

### **Extraction et synthèse des données**

Chacun des articles sélectionnés a été résumé sous forme de texte narratif, inséré dans une grille de résumé. Les grilles étaient différentes en fonction du devis. Ces résumés ont permis de mieux comprendre le contenu et de synthétiser l'article afin de mettre en évidence les données les plus importantes. Ensuite, la qualité des articles a été vérifiée à l'aide des grilles de lecture critique prévues à cet effet. Elles étaient également différentes selon le devis.

## Résultats

Ce chapitre explicite la qualité méthodologique et fournit une synthèse narrative de chacune des études et de leurs résultats.

### **Qualité méthodologique des résultats**

Cette revue de littérature est constituée de trois articles qui répondent à la question de recherche. Ces études publiées entre 2015 et 2020 sont en anglais. Elles ont toutes été menées dans des pays anglo-saxons. Pour Keuroghlian et al. (2016), l'étude s'est déroulée dans un hôpital, une clinique et un centre médical. Tandis que pour Dickens et al. (2019), elle a eu lieu dans un service de soins aigus pour adultes et dans un hôpital de jour communautaire. Finalement, l'étude de Warender (2015), a été réalisée dans quatre services de santé mentale aiguë d'un hôpital.

Dans l'étude de Dickens et al. (2019) et dans celle de Warender (2015), les professionnels interrogés sont essentiellement des infirmières diplômées en santé mentale. Dans celle de Keuroghlian et al. (2016), les disciplines sont plus variées. En effet, les participants sont des conseillers en santé mentale, des psychologues, des psychiatres, des médecins, des résidents en psychiatrie, des assistants médicaux et des infirmières (22,7%).

Les approches sont différentes, étant donné la diversité des devis. En effet, il y a une étude quantitative quasi expérimentale, une qualitative phénoménologique et une mixte. Les interventions présentées, ainsi que les instruments de collecte de données sont divergents d'une étude à l'autre.

La considération éthique est uniquement abordée dans deux articles. En effet, l'étude de Dickens et al. (2019) a été approuvée par le comité d'éthique de l'université d'Abertay et par le département de recherche et de développement du NHS. L'étude qualitative de Warender (2015) a quant à elle, été approuvée par le bureau local de

recherche et de développement et par le service d'éthique de la recherche du nord de l'Ecosse.

Le principe d'autonomie a été respecté dans les trois articles. La participation était volontaire et les participants étaient libres d'interrompre l'expérience. Il est mentionné uniquement dans deux des articles (Dickens et al., 2019 ; Warrender, 2015), que les participants ont reçu des informations au sujet de l'étude. Il est également décrit qu'un consentement éclairé a été signé avant d'entreprendre l'intervention.

Dans l'étude de Dickens et al. (2019), la confidentialité a été respectée. En effet, les transcriptions mot à mot, ont été rendues anonymes en supprimant les informations d'identification et en appliquant un codage.

### **Dickens, Lamont, MacArthur, & Stirling (2019)**

L'étude mixte de Dickens et al. (2019) a pour objectif d'évaluer et d'explorer l'impact d'une intervention éducative visant à améliorer les attitudes des infirmières en santé mentale, envers les patients atteints d'un TPB. Un second objectif est de recueillir l'opinion des participants au sujet de l'intervention. Le devis mixte permet d'un point de vue quantitatif de comparer les attitudes avant et après l'intervention. La partie qualitative permet de relever les opinions des participants au sujet des interventions. L'échantillon est constitué d'infirmières en santé mentale. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Le nombre précis n'est pas mentionné car les auteurs ont besoin du plus grand nombre de personnes possible. Les participants travaillent dans un service de soins aigus pour adultes et dans un hôpital de jour communautaire du National Health Service en Ecosse.

L'intervention consiste en un programme nommé « Positive About Borderline ». Ce programme d'une journée, est divisé en deux parties. La première, intitulée « La

science du trouble de la personnalité borderline » dure trois heures. Elle traite de l'épidémiologie et de l'étiologie du trouble au travers d'une présentation, d'activités et d'une discussion. La seconde, « Wot R U Like ? », également d'une durée de trois heures, comprend une présentation, des activités et une discussion, qui ont pour but d'aider les cliniciens à promouvoir le développement de la conscience de soi chez leurs patients. Ce programme comprend un livret d'introduction, dans lequel sont décrits quelques défis auxquels l'auteure du programme, Jo Mullen, a été confrontée durant sa vie en tant que personne diagnostiquée. Elle mentionne également les stratégies d'adaptation mises en place pour tenter de surmonter ce trouble.

Les attitudes cognitives et émotionnelles sont mesurées avant et après l'intervention, puis 4 mois plus tard. Les auteurs se sont inspirés de l'inventaire des attitudes cognitives (BPD-CAI) composé de 47 items et de l'inventaire des attitudes émotionnelles (BPD-EAI) de 20 items de Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, (2011) pour réaliser ces mesures. Les auteurs estiment que certains énoncés n'ont aucun sens pour un contexte de service au Royaume-Unis. Par conséquent, ils sont modifiés et adaptés. Le fiabilité interne de toutes les sous-échelles est calculée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Il se situe entre 0.647 et 0.724 pour le BPD-CAI et entre 0.451 et 0.897 pour le BPD-EAI. La fiabilité interne est considérée par George et Mallery (2003) : 0.6 comme douteuse, 0.7 acceptable, 0.8 bonne et 0.9 excellente. Le BPD-CAI comporte trois facteurs : « les caractéristiques du traitement des personnes atteintes du TPB », « la perception des tendances suicidaires », « les jugements des antagonistes à l'égard des personnes atteintes d'un TPB ». Un item de la sous-échelle des caractéristiques de traitement a été supprimé améliorant ainsi la fiabilité interne. Le deuxième inventaire, BPD-EAI possède également trois facteurs : « les émotions négatives », « difficile à traiter » et « l'empathie ». Des discussions ont été organisées durant lesquelles des enregistrements ont été

effectués. Elles ont été retranscrites mot à mot et rendues anonymes. Les sujets suivants ont été abordés : « l'opinion des participants sur le programme de formation », « la question de savoir si la formation avait permis de nouvelles approches et des changements dans la pratique » et « la valeur de l'expérience vécue et de l'implication des participants dans la formation ».

Cette étude a plusieurs limites. Premièrement, elle n'est ni contrôlée, ni randomisée. De plus, la participation au suivi réalisé 4 mois après la formation est décevante (60%).

### ***Résultats quantitatifs***

Un total de 28 personnes a participé aux journées de formations. Quatre mois plus tard, 16 personnes ont retourné le questionnaire et 11 ont participé aux groupes de discussions. Concernant les attitudes cognitives, il y a eu un changement significatif directement après la formation en lien avec les caractéristiques du traitement des personnes ( $T2 > T1$   $p = 0.009$ ) et leurs perceptions des tendances suicidaires ( $T2 > T1$   $p < 0.001$ ). En effet, les scores ont augmenté de manière importante mais également en termes d'ampleur d'effet ( $d = 0.8$  pour les caractéristiques du traitement et  $d = 1.66$  pour les perceptions des tendances suicidaires) ceci indiquant, selon les auteurs, une amélioration positive des attitudes. Ces changements, en lien avec les caractéristiques du traitement, se sont maintenus après le suivi des 4 mois. Par contre, la sous-échelle des tendances suicidaires a diminué vers la moyenne. Ce changement négatif n'est pas statistiquement significatif. Le jugement antagoniste n'a pas été modifié suite à l'intervention, mais s'est au contraire aggravé après 4 mois ( $T3 < T1$   $p = 0.043$ ) avec une taille d'effet modérée ( $d = 0.56$ ). Cependant, selon les auteurs, cette sous-échelle possède une fiabilité interne douteuse. Pour les attitudes émotionnelles, les attitudes négatives se sont considérablement améliorées après

l'intervention ( $T2 > T1$   $p = 0.02$  ;  $d = 0.72$ ) et cette amélioration s'est maintenue sur le long terme ( $T3 > T1$   $p = 0.041$  ;  $d = 1.03$ ). La sous-échelle « difficile à traiter » est restée stable entre les trois mesures ( $p = 0.541$ ). Il n'y a eu aucun changement dans la perception que ce groupe est difficile à traiter.

Pour les auteurs, cette étude souligne les difficultés à démontrer l'efficacité d'une intervention visant à modifier les attitudes des infirmières prenant en charge ces patients.

### ***Résultats qualitatifs***

Les avis par rapport à la partie du programme « La science du TPB » sont mitigés. Certains l'ont appréciée et pour d'autres, ceci représentait uniquement une mise à jour des connaissances et par conséquent, une perte de temps. Par contre, l'hypothèse que le TPB serait de source biologique et génétique a surpris. Certains rejettent ce modèle biologique et mettent plutôt l'accent sur le choix et la responsabilité. La partie « Wot R U Like ? » est décrite comme étant instructive et intéressante. La possibilité de parler avec l'infirmière qui a pris en charge Jo, s'est avéré être un point positif. L'aspect qui a eu le plus d'influence a été la présence de Jo. En effet, les participants ont jugé utile de pouvoir interagir avec une personne diagnostiquée en position de rétablissement et d'espoir, au lieu de crise. Celle-ci a pu faire des suggestions pour le développement de la pratique. Cette étude est l'une des premières à intégrer un expert par expérience dans la formation du personnel dans la prise en charge des patients atteints d'un TPB.

Le mélange du personnel hospitalier et celui de jour lors de la formation a été constructif. Chacun a pu discuter de la réalité de son contexte de travail. Les infirmières des hôpitaux de jour estiment que leur expérience professionnelle est plus enrichissante car elles prennent en charge des patients désireux de travailler leur



guérison. De plus, le système de rendez-vous permet d'éviter un va-et-vient, offrant ainsi un environnement plus ordonné et plus propice au développement personnel. Au contraire, dans le service de soins aigus, le manque de temps crée une atmosphère négative, impactant sur la relation avec les patients. Pour ces infirmières, les patients atteints d'un TPB épuisent une grande quantité de ressources. Elles évoquent qu'il est frustrant de recevoir une formation sur les interventions thérapeutiques, qu'elles ne peuvent pas appliquer suite au manque de ressources et de temps. Ceci met en avant le fait que la formation doit s'adapter au milieu où les soins sont dispensés afin que l'apprentissage puisse être mis en pratique.

Concernant l'impact de l'intervention, les avis sont mitigés. Il a été apprécié de réfléchir ensemble et de pouvoir se rendre compte que les sentiments du personnel soignant prenant en charge ces patients sont souvent similaires. Cette intervention permet aux infirmières de prendre conscience de la réaction initiale qu'elles pourraient adopter face à ces patients. Les groupes de discussions ont abouti à plusieurs idées de développement personnel et d'amélioration de l'organisation future. Par contre, pour certains participants, la formation n'a pas été jugée utile. Pour eux, elle n'a aucun impact sur la pratique. Certains ont leurs propres techniques et d'autres pensent que les patients devraient assumer leurs propres actions. Le rôle infirmier est parfois perçu comme une limitation des dégâts.

### **Keuroghlian, Palmer, Choi-Kain, Borba, Links, & Gunderson (2016)**

Cette étude quantitative a pour but d'évaluer l'efficacité d'une brève formation sur la volonté des cliniciens à traiter les patients souffrant d'un TPB. Son objectif est aussi d'évaluer l'efficacité de ces ateliers pour améliorer les attitudes des cliniciens envers ces patients. Mais également, de déterminer si ces changements ont un lien avec les années d'expérience clinique. L'échantillon est composé de tous les cliniciens en

santé mentale dans les régions où ces ateliers sont proposés. Les pays concernés sont les USA (Hôpital Butler dans le Rhode Island, la clinique Mayo dans le Minnesota et le centre médical dans le New Hampshire) et le Canada (Université de l'Ontario de l'ouest). Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat et la taille de l'échantillon n'est pas définie. C'est un devis de recherche quantitatif. En effet, il y a une vérification statistique des attitudes avant et après l'intervention. Il est quasi expérimental, étant donné qu'il est uniquement contrôlé mais n'est pas randomisé.

L'intervention consiste en un atelier GPM (Good Psychiatric Management) d'une journée. Il est composé de cours didactiques, formels, de vidéos et de discussions en groupe. L'intervention comprend une introduction au GPM, puis se poursuit avec une partie centrée sur les traitements (principes généraux, faire le diagnostic, « pour commencer », la gestion de la suicidalité et de l'automutilation non suicidaire, pharmacothérapie et comorbidités, traitements fractionnés). Ensuite, il y a une présentation de cas et finalement une démonstration vidéo (Gunderson, & Link, 2014).

Les données sont récoltées avant et après l'atelier à l'aide d'un questionnaire anonyme. Les auteurs se sont inspirés du questionnaire de Shanks, Pfohl, Blum, & Black (2011), qui a déjà été utilisé lors d'une précédente étude. Il permet d'évaluer les attitudes des professionnels face aux patients atteints d'un TPB. Il contient 9 items, dont chacun est noté par les participants entre 1 « pas du tout d'accord » et 7 « tout à fait d'accord ». Des informations démographiques sont également recueillies, dont les années d'expérience auprès de ces patients.

### ***Résultats quantitatifs***

Un total de 297 participants ont pris part à l'étude, dont 74,7% étaient des femmes. Les participants avaient des disciplines variées. Les infirmières représentaient 22,7%

des participants. La moyenne d'expérience clinique était de 17 ans. Les contextes de soins les plus fréquents étaient l'ambulatoire (59,1%), suivi du cadre hospitalier (19,3%).

Les résultats démontrent un changement significatif des attitudes pour 8 des 9 items du questionnaire. En effet, à la fin de l'atelier, les participants se sentent professionnellement plus compétents pour soigner ces patients ( $t = 4,57, p < 0.001$ ). Ils éprouvent davantage le sentiment de pouvoir faire une différence positive dans la vie de ceux-ci ( $t = 4,45, p < 0.001$ ). Il y a une augmentation de la croyance quant à l'efficacité de certaines psychothérapies ( $t = 3,71, p < 0.001$ ) et les cliniciens sont moins convaincus par le fait que le pronostic pour le traitement de ces patients est sans espoir ( $t = -4,76, p < 0.001$ ). Cet atelier a renforcé la croyance que le patient atteint par ce trouble a une faible estime de lui ( $t = 2,30, p = 0.022$ ). Par contre, il y a une baisse non significative de la croyance que le TPB provoque des symptômes pénibles ( $t = 1.78, p < 0.077$ ). Les professionnels présentent une diminution de l'aversion pour ces patients ( $t = -2,82, p = 0.005$ ) et une diminution du désir d'éviter de s'occuper d'eux ( $t = -4,25, p < 0.001$ ). Finalement, les participants signalent un déclin du désir de recevoir davantage de formation dans la gestion et le traitement du TPB ( $t = -4,04, p < 0.001$ ).

La corrélation négative entre le changement d'attitude et les années d'expérience démontre que le fait d'avoir moins d'années d'expérience est lié à une augmentation plus conséquente du sentiment de compétences professionnelles dans la prise en charge de ces patients ( $r = -0.184, p = 0.004$ ). De plus, la croyance que ces patients ont une faible estime d'eux-mêmes a augmenté ( $r = -0.183, p = 0.005$ ). L'augmentation du désir de formation continue au sujet des traitements de ces

patients a aussi un lien avec le fait d'avoir plus d'années d'expérience clinique ( $r = 0.170$ ,  $p = 0.008$ ).

Selon les auteurs aucune conclusion ne peut être déduite par rapport à la durabilité et à l'impact sur la pratique de ces changements d'attitudes observés.

### **Warrender (2015)**

Cette étude vise à explorer les perceptions des infirmières concernant l'impact de la formation aux compétences, provenant d'une version raccourcie de la thérapie basée sur la mentalisation (MBT-S). Puis, d'évaluer les perceptions par rapport à la facilité d'utilisation, la valeur de la supervision clinique et évoquer l'impact de cette formation sur les attitudes négatives et la stigmatisation en lien avec le TPB. Elle a aussi pour but d'explorer l'expérience des soignants travaillant avec ces patients en période de crise. L'approche est phénoménologique, qualitative et interprétative. Elle permet de saisir les descriptions et les expériences vécues. Les participants sont recrutés dans quatre services de santé mentale aiguë d'un même hôpital. L'échantillon se compose d'infirmières diplômées en santé mentale qui pratiquent dans un des quatre services de santé mentale aiguë. Elles ont terminé la formation raccourcie de la thérapie basée sur la mentalisation et l'ont utilisée au moins 6 mois dans la pratique. La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat. Au total, 9 infirmières sur 18 y ont pris part.

Les auteurs recueillent les données lors de groupes de discussion d'une durée de 60 minutes. Les participants sont répartis dans deux groupes. Un guide thématique permet d'encadrer la discussion et un animateur clarifie certains points de vue des participants. Les discussions sont enregistrées et retranscrites par l'auteur. Les transcriptions sont ensuite analysées en groupe et codées par l'auteur à l'aide d'une analyse thématique exploratoire. Après 3 cycles de codage, plusieurs thèmes

primaires sont ressortis : la base contextuelle, l'impact de la MBT-S, la supervision clinique, changement dans la perception du trouble de la personnalité borderline par le personnel. Puis, 7 thèmes secondaires en lien avec la thérapie basée sur la mentalisation se sont démarqués : approche de bon sens, cohérence de l'approche, empathie, flexibilité, autonomisation du personnel, tolérance du risque, limitations des compétences.

La taille de l'échantillon représente une des limites de l'étude. De plus, 6 participants n'ont pas pu être présents durant la conférence. Les chercheurs sont d'anciens infirmiers et ont participé à la formation de base de la thérapie. Finalement, la recherche phénoménologique est limitée dans sa généralisation.

### ***Résultats qualitatifs***

Concernant la base contextuelle, l'environnement du patient hospitalisé est décrit comme étant extrêmement occupé et peu propice au travail thérapeutique. Pour ces infirmières, le travail avec ces personnes est fatigant et épuisant. Elles sont incertaines quant à la façon d'aborder ces patients. De plus, l'objectif de ces admissions reste confus. Elles décrivent un cycle d'admissions « aller-retour ».

Après la formation MBT-S, un groupe de supervision est proposé. Uniquement 3 participants ont pris part au groupe. Les autres participants ont fait part de leur volonté d'y participer. Selon les auteurs, l'activité des services et le manque de temps ne l'ont pas permis. Cette conférence a été jugée utile. De cette dernière sont ressortis les thèmes suivants : la consolidation du modèle de MBT, le soutien par les pairs, l'augmentation de l'autonomie par les infirmières, la garantie de la cohérence et de l'adhésion à la MBT-S, les stratégies pour aller de l'avant avec ces patients. À l'issue de cette supervision, les participants éprouvent davantage le sentiment de provoquer des changements positifs chez ces patients.

La formation a permis un changement de la perception de l'intention. En effet, les participants ont une meilleure compréhension au sujet des raisons qui mènent à ces comportements. Ils ont développé une plus grande capacité d'empathie, améliorant les relations thérapeutiques et diminuant la frustration. Par ailleurs, ces patients ne sont plus considérés comme difficiles.

La MBT est décrite comme une vision de bons sens de l'esprit (Bateman & Fonagy, 2009). Les participants expliquent que la transition de la pratique habituelle vers cette nouvelle approche, nécessite un minimum d'adaptation. Les professionnels reconnaissent que les choses peuvent être abordées autrement et de façon plus explicite.

La cohérence entre les professionnels ayant pris part au programme est meilleure. Ils ont désormais le même objectif. Selon les auteurs, ceci permet une certaine structure dans un environnement chaotique.

Suite à la formation, les participants se rendent compte que l'empathie est un élément essentiel de la thérapie basée sur la mentalisation. Elle représente l'essence même de la relation thérapeutique. Après cette formation, les infirmières ont adapté leur approche à une réponse davantage naturelle et humaine. Tout engagement thérapeutique demande l'implication des infirmières aux côtés de leurs patients mais aussi de leurs états émotionnels.

La flexibilité de la thérapie est considérée comme précieuse dans ce contexte d'imprévisibilité.

Les participants soulignent que l'incertitude mentionnée au départ a diminué. Ils ont davantage l'impression de savoir ce qu'ils font. Pour eux, ces compétences provenant de la thérapie basée sur la mentalisation représentent un outil utile, menant à un résultat visible chez ces patients.

L'approche donne l'opportunité de discuter de l'automutilation et du risque, sans pour autant rendre les mesures de risque inévitables. En effet, les services tolèrent mieux le risque. Les participants peuvent discuter de ces éléments sans avoir à mettre le patient sous observation permanente. Selon les auteurs, la tolérance au risque permet au patient de comprendre son propre esprit et son comportement, sans pour autant que sa responsabilité personnelle ne lui soit retirée par des réactions restrictives. Il y a alors un passage à une réponse psychologique et empathique à la détresse.

Au sujet des limitations des compétences, les infirmières mentionnent que le temps passé avec ces patients ne diminue pas. Les patients avec ce trouble sont toujours perçus comme consommateurs de temps. Pour une utilisation efficace de la thérapie, les participants estiment qu'ils ont besoin de temps supplémentaire avec leurs patients. Selon les auteurs, le manque de personnel et le niveau d'activité clinique représentent des barrières à ceci.

## Discussion



### **Synthèse générale des résultats**

Les études sélectionnées ont permis de répondre à la question de recherche qui était : « Comment améliorer les compétences (savoirs, comportements, attitudes) des infirmières en psychiatrie face à des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ? ».

Depuis la revue de littérature de Dickens et al. (2015), ces nouvelles études démontrent une évolution de la situation. En effet, elles ont obtenu des résultats intéressants pour la pratique. Elles démontrent l'effet positif des formations sur l'amélioration des compétences des infirmières. L'étude de Keuroghlian et al. (2016), met en évidence des changements d'attitudes suite à l'atelier GPM. Il en va de même pour l'étude de Warender (2015), dans laquelle, les infirmières mentionnent que les compétences MBT-S ont montré des résultats visibles chez ces patients. Comme l'avaient déjà constaté Dickens et al. (2015), les effets les plus conséquents sont liés aux changements des attitudes cognitives et également des connaissances. En fonction de l'intervention et du contexte, les effets se sont avérés différents. En effet, l'étude de Dickens et al. (2019) révèle quelques changements d'attitudes après le programme « Positive About Borderline ». Par contre, les infirmières n'ont pas toujours pu mettre en pratique les apprentissages réalisés dû au manque de temps et de ressources.

### **L'espoir**

Les infirmières en santé mentale éprouvent des sentiments d'impuissance, de frustration et d'échec thérapeutique face aux patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline (Dean, Siddiqui, Beesley, Fox, & Berry, 2018). Travailler avec eux, dans un milieu de soins aigus, est jugé comme épuisant et fatigant. Pour les

infirmières, l'objectif de ces admissions est confus (Warender, 2015). Dans l'étude de Dickens et al. (2019), certaines mentionnent qu'elles perçoivent le rôle infirmier comme une limitation des dégâts [traduction libre] (p. 2619). Les infirmières ont le sentiment que ce qu'elles font est inutile et que le pronostic de ces patients est sans espoir. L'espoir est une des dimensions du rétablissement (Provencher, 2002). En effet, il représente une condition importante qui influence l'engagement et l'investissement de la personne dans ce processus (Formarier & Jovic, 2012). Dans une perspective de soins Caring, l'idéal serait que l'infirmière soit porteuse d'espoir afin que le patient progresse dans son processus de rétablissement. Mais comment peut-elle instiller l'espoir à son patient, si elle-même n'y croit pas ?

Dans les unités de soins aigus, les infirmières prennent en charge des patients en situation de crise. Elles mentionnent : « Nous ne voyons que les gens lorsqu'ils sont au plus mal » [traduction libre] (Dickens et al., 2019, p. 2618). Selon Dickens et al. (2019), elles n'auraient pas l'occasion d'être en contact avec des personnes en position de rétablissement. Mais, selon Young et Ensing, le processus de rétablissement n'est pas linéaire. En effet, même en état de crise, le patient reste en position de rétablissement (1999, cité dans Provencher, 2002).

Dickens et al. (2019), ont coproduit une formation avec une patiente, qu'elle a elle-même dispensée. La présence d'une experte par expérience dans la formation est jugée utile et instructive par les participants. Elle offre l'opportunité aux infirmières de mieux comprendre le parcours émotionnel et les besoins de la personne (Dickens et al., 2019). En effet, qui de mieux que les patients pour parler de leur trouble et de leurs besoins ? De plus, les infirmières peuvent interagir avec une personne en dernière phase du processus de rétablissement. Selon Young et Ensing, cette phase consiste à poursuivre des objectifs centrés sur le bien-être et la qualité de vie (1999, cité dans Provencher, 2002). La présence de cette experte leur permet de se rendre

compte que le rétablissement est possible. Elle redonne espoir aux infirmières quant au pronostic de ces patients.

### **Contexte de soins aigus**

Le contexte de soins aigus ne semble pas propice à la prise en charge des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline. Ces patients ont besoin de temps et d'une structure, que ce contexte peu difficilement offrir. La structure permet un maintien physique et émotionnel favorisant ainsi le sentiment d'être contenu et en sécurité [traduction libre] (Langley & Klopper, 2005).

L'environnement extrêmement occupé du milieu de soins aigus ne privilégie pas un contact individuel et structuré entre le soignant et la personne soignée. Il impacte directement sur le développement personnel du patient (Dickens et al., 2019). De plus, les infirmières ne disposent pas d'assez de temps pour prodiguer les soins et réaliser des entretiens. Par conséquent, dans Dickens et al. (2019), elles mentionnent qu'elles ne peuvent pas donner aux patients le tête à tête dont ils ont besoin [traduction libre] (p. 2619). La transformation de la personne en cours de rétablissement dépend de son rythme (Provencher, 2002). Le contexte de soins aigus n'offre pas le temps nécessaire pour permettre de le respecter.

C'est pour ces différentes raisons, que les infirmières développent alors leur propre philosophie de travail (Dickens et al., 2019). C'est-à-dire, elles ne se concentrent pas sur les besoins d'un seul patient, mais au contraire, sur les besoins de tous. En effet, elles mettent la priorité sur le maintien de la sécurité et le soutien équitable pour tous les patients [traduction libre] (Dickens et al., 2019, p. 2619). Les infirmières ne parviennent pas à se centrer sur la personne, ni sur son expérience de santé. A ces

différents éléments s'ajoute une incohérence entre les professionnels, non bénéfique pour ces patients qui ont besoin d'objectifs clairs.

L'environnement occupé, le manque de temps et de ressources, ainsi que l'incohérence entre les professionnels aboutissent à un épuisement des infirmières. Elles adoptent alors des comportements et attitudes inadéquats, impactant négativement sur la relation avec le patient. Ce contexte de soins complique le maintien d'une structure et d'une cohérence. C'est pourquoi, les patients se sentent moins bien. De plus, il permet difficilement d'adopter adéquatement une perspective de soins caring.

Finalement, selon Borschmann et al., les hospitalisations sont conçues pour éviter tout risque de préjudice [traduction libre] (2012, cité dans Warender, 2015, p. 624). En augmentant la tolérance au risque, ceci permettrait de raccourcir les hospitalisations, qui n'ont pas un effet bénéfique sur ce type de patients. En effet, selon Paris, les hospitalisations prolongées ou non-programmées des patients souffrant d'un TPB en psychiatrie se sont révélées avoir une valeur limitée. Elles ont également pour conséquences de provoquer des effets négatifs sur le patient. En effet : « La régression, l'admission répétitive et le non-rétablissement d'idées suicidaires chroniques après la sortie sont souvent le cas » [traduction libre] (2004, cité dans Helleman, Goossens, Kaasenbrood, & Van Achterberg, 2014, p. 66). De plus, selon Euler et al. (2020), des acquis intacts, comme une place de travail, peuvent être menacés ou perdus suite à une hospitalisation trop longue. C'est pourquoi, l'hospitalisation ne devrait durer que quelques jours ou au maximum deux semaines (Euler, 2020). Selon Kravitz, l'objectif est de privilégier des admissions brèves en phase aiguë, favorisant ainsi la responsabilité et l'autonomie des patients [traduction libre] (2004, cité dans Helleman, Goossens, Kaasenbrood, & Van Achterberg, 2014, p. 66). La prise en charge serait plus facile et par conséquent,

moins épuisante pour les infirmières qui accompagneraient le patient, plutôt que de l'empêcher de se porter préjudice.

### **Apprentissages et compétences**

Les études démontrent qu'il est possible d'améliorer les compétences des infirmières envers les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

Les formations ont surtout eu un impact au niveau cognitif. Comme le suggèrent Clark et al., les gains en termes de réponses affectives aux personnes avec un trouble de la personnalité borderline peuvent être moins immédiats que les réponses cognitives fondées sur la connaissance [traduction libre] (2015, cité dans Dickens, Hallett, & Lamont, 2015). Certains participants n'ont pas jugé utile la formation dispensée dans l'étude de Dickens et al. (2019) pour améliorer leurs compétences. Pour eux, la formation a plutôt été perçue comme une mise à jour des connaissances existantes ou même une perte de temps (Dickens et al., 2019). L'hypothèse que le trouble provient d'une source biologique et génétique a surpris. En effet, certaines infirmières rejettent ce modèle biologique et mettent plutôt en évidence le choix et la responsabilité du patient (Dickens et al., 2019). Malgré les connaissances fournies par les formations, la stigmatisation continue. Ceci démontre que d'agir sur le cognitif n'est pas suffisant pour améliorer les compétences infirmières. En effet, selon Cara et al. (2016), la compétence professionnelle est une association de plusieurs compétences. Elles correspondent à des savoirs-agir, mobilisant différents savoirs. Ces savoirs sont représentés par le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. C'est pour cette raison, qu'il serait judicieux de développer une intervention agissant non seulement sur les connaissances, mais également sur les attitudes et les comportements.

La formation améliorant les attitudes est importante. En effet, selon Provencher (2007), la dernière dimension du rétablissement est la relation avec les autres. Cette dimension met l'accent sur l'importance de créer un environnement social empreint de respect, validant la possibilité de croissance de la personne. On ne peut pas forcer une infirmière à être empathique. Par contre, selon Cara et al. (2016), six valeurs humanistes impactent directement les attitudes. En respectant ces valeurs, l'infirmière adoptera quand même des attitudes adéquates envers ces patients.

Dans l'étude de Dickens et al. (2019), certaines attitudes qui s'étaient améliorées suite à la formation, se sont dégradées au suivi de 4 mois. Ceci soulève les questions suivantes : Est-ce réellement suffisant de proposer une seule journée de formation ? Est-ce qu'il ne faudrait pas mettre en place plusieurs formations et ceci sur un plus long terme ? Ceci met également en évidence, qu'il serait primordial d'organiser des supervisions de groupes pour continuer à maintenir et améliorer les attitudes des infirmières. En effet, selon Euler et al. (2020), les supervisions régulières font partie intégrale du traitement. Elles aident les infirmières à exposer les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients. Les supervisions permettent également de mettre en évidence les conditions nécessaires afin de pouvoir poursuivre le travail avec ces patients, tout en étant motivé et en adoptant une attitude ouverte (Euler et al., 2020).

Il s'est avéré que les infirmières ayant moins d'années d'expérience, éprouvaient un sentiment plus élevé de compétences professionnelles dans la prise en charge des patients souffrant d'un TPB (Keuroghlian et al., 2016). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont récemment terminé leur formation en soins infirmiers. De plus, l'hypothèse serait également qu'elles aient étudié et mis en pratique de nouveaux outils permettant ainsi une prise en charge plus adéquate. Finalement, il se pourrait de par leur faible expérience, qu'elles ne soient pas encore épuisées et qu'elles

n'aient pas perdu espoir. Ces éléments expliqueraient leurs attitudes plus positives envers ces patients.

La participation aux formations proposées dans les différentes études était volontaire. Comme Dickens et al. (2015), le suggèrent, toute formation devrait être mieux ciblée sur les soignants ayant peu de connaissances préalables [traduction libre] (p. 120). Mais, peut-on changer les attitudes de quelqu'un qui ne souhaite pas se former ?

### **Forces et limites**

Les études comprennent plusieurs limites, telles que le fait qu'elles ne soient pas contrôlées, ni randomisées. De plus, les échantillons des études pourraient ne pas être représentatifs. En effet, sachant qu'ils se basent tous sur la participation volontaire, les participants ont peut-être déjà des attitudes et croyances plus favorables envers ces patients. De plus, dans l'étude de Warender (2015) et de Dickens et al. (2019), les échantillons sont de petite taille (n=9 ; n=28).

Ensuite, Keuroghlian et al. (2016) révèlent la présence de changements d'attitudes, par contre, l'ampleur de ceux-ci n'est pas indiquée.

Warender (2015), mentionne un manque de disponibilité des participants. En effet, uniquement trois infirmières étaient présentes durant la conférence. Le même constat a été fait pour l'étude de Dickens et al. (2019), où la fidélité des participants au suivi des quatre mois a été décevante (60%).

Concernant les forces, tous les articles sont récents. Ils relèvent alors une des problématiques actuelles des soins infirmiers. Ensuite, l'étude de Dickens et al. (2019), est l'une des premières à intégrer un expert par expérience dans la formation pour améliorer les attitudes des infirmières envers ces patients.

Dans cette revue de littérature, les études ne sont pas comparables, compte tenu que les devis et les interventions sont différents. Par contre, cette revue offre de nombreuses pistes d'ouverture pour la pratique future.

## **Recommandations et implications**

### **La formation**

Premièrement, il serait préférable d'adapter les formations au milieu de soins, afin que l'apprentissage puisse être réellement mobilisé dans la pratique (Dickens et al., 2019). De plus, les formations devraient viser le développement des compétences, c'est-à-dire, les connaissances, les attitudes et les comportements. Il faudrait également agir au niveau des écoles de formation de base. Ensuite, des formations de plus longue durée, seraient probablement plus bénéfiques. Finalement, comme Dickens et al. (2019) le démontrent, il est recommandé d'inclure un expert par expérience dans l'élaboration des formations. Ceci permettrait aux participants de mieux comprendre le parcours émotionnel et les besoins de la personne. (Dickens et al., 2019).

### **La pratique**

Après la formation, des groupes de supervision seraient nécessaires afin de maintenir et de consolider ces changements d'attitudes sur le long terme (Dickens et al., 2019). Ils permettraient également de remobiliser certaines connaissances et de partager les difficultés rencontrées (Euler, 2020). De plus, il serait nécessaire de développer la culture d'équipe, en mettant en évidence le respect et la dignité de ces patients.



Ensuite, il serait recommandé de raccourcir au maximum la durée d'hospitalisation et de favoriser une prise en charge en ambulatoire ou en hôpital de jour. Les objectifs devraient être clairement formulés en partenariat avec le patient, ceci, dès son admission (Euler, 2020).

### **La recherche**

Ces études montrent qu'il est possible d'améliorer les compétences des infirmières. Elles offrent de nouvelles pistes pour de futures recherches. Il convient de continuer les recherches, car il n'existe pas beaucoup d'études à ce sujet. De plus, il serait judicieux de sélectionner des études randomisées et contrôlées, de même devis afin d'évaluer adéquatement l'effet des interventions. De plus, il serait recommandé de sélectionner des études avec une taille d'échantillon élevée, pour obtenir des résultats plus représentatifs. Pour finir, les changements au niveau des compétences devraient être évalués sur une plus longue durée.

## Conclusion

Pour conclure, ce travail a permis de faire des avancées depuis la revue de littérature de Dickens et al., parue en 2015. Cette nouvelle revue de littérature offre plusieurs pistes pour améliorer les compétences des infirmières prenant en charge des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Il est nécessaire de continuer à travailler sur les compétences infirmières, afin de diminuer cette stigmatisation encore très présente dans les services de psychiatrie.

## Références

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009) *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry* 166, 1355–1364. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19833787> (accessed 4 June 2015).
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). *Staff attitude toward patients with borderline personality disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548–555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse : Etat des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-psychique-en-suisse-2>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., ... & Roy, M. (2016). *Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM: perspective novatrice et pragmatique*. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 20-31.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). *S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique*. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 37-45.
- Cossette, S. (2006). *Guide d'utilisation: Echelles d'Interactions infirmière-patient (EIIP-70)(EIIP-23]*.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). *Assessing nurse–patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse–Patient Interactions Scale*. *International journal of nursing studies*, 42(6), 673-686.
- Crocq, M., Guelfi, J., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.. ed.). Paris: Elsevier Masson
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). *Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison*. *Personality and Mental Health*, 12(4), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Dean, R., Siddiqui, S., Beesley, F., Fox, J., & Berry, K. (2018). *Staff perceptions of borderline personality disorder and recovery: A Q-sort method approach*. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 473–490. <https://doi.org/10.1111/bjc.12180>
- Dickens, G. L., Hallett, N., & Lamont, E. (2015). *Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 114–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019>

- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). *Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review*. *Molecular Ecology*, 25(13–14), 1848–1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). *Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder*. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2613–2623. <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>
- Ellingham, I., & Grisart, J. (2014). *Le mouvement du rétablissement: un développement significatif pour le champ du counselling et de la psychothérapie*. *Approche Centree sur la Personne*. *Pratique et recherche*, (2), 27-35.
- Emard, R. (2009). *Le développement des compétences des intervenants en suivi communautaire : un élément clé pour soutenir le rétablissement*. *Le partenaire*, 18(3), 44-51.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N., Reisch, T., ... & Kramer, U. (2020). *Trouble de la personnalité borderline: recommandations de traitement pour la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)*. *L'information psychiatrique*, 96(1), 35-43.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon
- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). *Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: le projet EMILIA*. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359-364.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Helleman, M., Goossens, P. J., Kaasenbrood, A., & van Achterberg, T. (2014). *Evidence base and components of brief admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: a review of the literature*. *Perspect Psychiatric Care*, 50(1), 65-75.
- Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). *The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder*. *Journal of personality disorders*, 30(4), 567-576.
- Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). *Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design*.

- Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1).  
<https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>
- Knuf, A. (Ed.) (2014). *Le trouble de La personnalité borderline : comprendre la maladie et trouver de l'aide* (3<sup>ème</sup> ed.) [Brochure]. Genève
- Krol, P., & Legault, A. (2008). *Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins*. *L'infirmière Clinicienne*, 5(1), 35-41.
- Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). *Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(1), 23-32.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K., Weller, M. (2013). *The cost of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010*, *Swiss Medical Weekly* 2013;143:w13751.
- McGrath, B., & Dowling, M. (2012). *Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder*. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–10.  
<https://doi.org/10.1155/2012/601918>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG., The PRISMA Group. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(7): e1000097.  
[doi:10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)
- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Bostwick, A., & Hungerford, C. (2016). *Recovery and Borderline Personality Disorder: A Description of the Innovative Open Borders Program*. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 624–630. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1191565>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde en 2020 : Résumé d'orientation*. Repéré à [https://www.sbk.ch/files/sbk/Aktuell/2020/SOWNExecutiveSummary-FRENCHv4.2-Web\\_LR.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/Aktuell/2020/SOWNExecutiveSummary-FRENCHv4.2-Web_LR.pdf)
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> édition. éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Pepin J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. 3<sup>e</sup> éd. Montréal, Québec: Chenelière Éducation
- Petit Robert. (n.d). Rétablissement. Dans *Le Robert Dico en ligne*. Consulté le 06 juin 2010 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/retablissement>
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015). *Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline*. *Revue médicale suisse*, 11(486), 1686-1690.

- Provencher, H. L. (2002). *L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques*. Santé Mentale Au Québec, 27(1), 35–64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Provencher, H. L. (2007). *Le paradigme du rétablissement : une expérience globale de sante*. Le partenaire, 15(1), 4-12.
- Ryan, P., Baumann, A., & Griffiths, C. (2012). 15. *L'empowerment*. Dans : Emmanuelle Jouet éd., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* (pp. 251-266). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.jouet.2012.01.0251.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2011). *Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop*. Journal of personality disorders, 25(6), 806-812
- Skodol, A. (2019). *Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis*. UptoDate.Com, 4(1), 75–84. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.78>
- Warrender, D. (2015). *Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(8), 623–633. <https://doi.org/10.1111/jpm.12248>
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, European Neuropsychopharmacology, 21: 655–679; c: SGB 201



## **Appendice A**

Grilles de résumé et de lecture critique

### Grille de résumé d'un article scientifique Approches quantitatives et mixtes

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28(13–14), 2613–2623. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14847">https://doi.org/10.1111/jocn.14847</a>
<b>But(s) de la recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer et explorer les réponses et l'expérience des infirmières en santé mentale à une intervention éducative visant à améliorer les attitudes envers les personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline.</li> <li>• Etablir le potentiel de l'intervention pour améliorer les attitudes relatives aux caractéristiques des patients diagnostiqués borderline, à la fonctionnalité de leur comportement automutilateur et suicidaire ainsi qu'à l'utilisation de traitements.</li> <li>• Informer des résultats quantitatifs en explorant les opinions des participants concernant l'intervention pour améliorer le développement futur.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	C'est une étude à méthodes mixtes qui comprend une intervention prospective de cohorte non contrôlée et des éléments qualitatifs.
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p><u>Contexte</u> : L'intervention a été mise en place dans un seul site du NHS (National Health Service) en Ecosse.</p> <p><u>Population</u> : Le personnel soignant et les infirmières en santé mentale prenant en charge des patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline.</p> <p><u>Echantillon</u> : Les participants étaient tous des infirmiers et des assistants en soins et santé travaillant dans un service de soins aigus pour adultes et dans un hôpital de jour communautaire d'un seul conseil d'administration de la National Health Service. La participation était facultative. → Echantillon aléatoire simple, appariés</p>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire des attitudes cognitives et inventaire des attitudes émotionnelles du trouble de la personnalité borderline : outils comprenant pour le premier 47 éléments et 20 pour le deuxième. Les deux échelles sont constituées d'énoncés pour lesquels les participants indiquent leur niveau d'accord ("fortement en désaccord" à "fortement d'accord") sur une échelle à 5 points.</li> </ul>

Résumé de l'article	
	<p>Le BPD-CAI (inventaire d'attitudes cognitives liées au trouble de la personnalité limite) possède 3 facteurs : « les caractéristiques du traitement des personnes atteintes d'un TPB », « la perception des tendances suicidaires chez les personnes ayant un TPB » et « les jugements des antagonistes à l'égard des personnes atteintes d'un TPB ».</p> <p>Le BPD-EAI (inventaire des attitudes émotionnelles liées au trouble de la personnalité borderline) comporte 3 facteurs : « lorsque je traite un patient », « les difficultés de traitement rencontrées » et « l'empathie ».</p> <p><u>Référence de l'instrument :</u>  Bodner, E., Cohen-Fridel, S., &amp; Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. <i>Comprehensive Psychiatry</i>, 52(5), 548–555. <a href="https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004">https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire papier (facultatif), rempli à 3 reprises : une fois avant le début de l'intervention, une fois à la fin de la journée de formation et la dernière 4 mois après. Il a été utilisé pour explorer les connaissances du personnel, les pratiques actuelles, la confiance perçue, les attitudes, les points de vue sur les ressources en personnes et les besoins en formation continue en lien avec le TPB. Chaque participant doit exprimer son accord ou désaccord.</li> </ul> <p><u>Référence de l'instrument :</u>  Cleary, M., Siegfried, N., &amp; Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 11, 186–191. <a href="https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x">https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x</a></p> <p>→ Pour les inventaires et le questionnaire : Chacun les a reçus par courrier sur son lieu de travail. Chaque participant devait exprimer son accord ou désaccord. Une boîte de collecte a été prévue dans chaque unité pour les déposer. Ils ont été remplis à 3 reprises : une fois avant le début de l'intervention, une fois à la fin de la journée de formation et 4 mois après.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suite aux groupes de discussions (60-90 min) : enregistrement audio, transcrit mot à mot, rendu anonyme, en appliquant un codage : groupe de l'hôpital de jour communautaire, groupe du service d'hospitalisation de courte durée et pseudonymes. Des notes supplémentaires ont été prises afin de faciliter la compréhension des enregistrements audio.</li> </ul>

<b>Résumé de l'article</b>	
	Les sujets discutés étaient : « l'opinion des participants sur le programme de formation », « la question de savoir si la formation avait permis de nouvelles approches et s'il y avait eu des changements dans la pratique », « la valeur de l'expérience vécue et de l'implication des participants dans la formation ».
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>Un programme nommé « Positive About Borderline » a été mis en place durant une journée. C'est un programme élaboré par des experts et basé sur l'expérience. Par conséquent, impliquant un partage d'expériences et de conseils concernant le travail avec des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline. C'est un programme en 2 parties :</p> <p>Partie 1 : La science du TPB est une session de 3h durant laquelle l'épidémiologie et l'étiologie du trouble sont présentées, basées sur une compréhension biosociale du trouble, ainsi que des activités et une discussion.</p> <p>Partie 2 : « Wot R U Like ? » est une session de 3h comprenant une présentation, des activités et une discussion. Elle va aider les cliniciens à promouvoir le développement de la conscience de soi chez leurs patients diagnostiqués d'un trouble de la personnalité borderline, en partant de l'idée que d'avoir une meilleure prise de conscience de soi peut être le premier pas vers un changement positif.</p> <p>Le programme crée par Jo Mullen, ancienne enseignante atteinte par ce trouble comprend un livret d'introduction « Trouble de la personnalité borderline : une histoire personnelle ». Celui-ci décrit certains défis auxquels Jo a été confrontée durant sa vie en tant que personne vivant avec ce trouble, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place pour tenter de le surmonter. Ainsi que l'introduction d'activités et ressources conçues pour aider les cliniciens à travailler avec des personnes ayant ce diagnostic et couvrant 4 concepts clés liés aux critères du DSM-5 : sentiments, pensées et comportement ; relations avec les autres ; identité et planification.</p> <p>Afin de permettre la participation du plus grand nombre de personnes possible, l'intervention a eu lieu à deux reprises, durant deux journées consécutives. Le personnel pouvait participer à l'une ou l'autre des sessions.</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de Friedman : pour calculer les changements dans les mesures de résultats permettant ainsi d'examiner si le changement est significatif entre les attitudes avant la formation, après et 4 mois après.</li> <li>• Test de Wilcoxon : Il est utilisé pour déterminer quelles paires de score entre T1-T2 et T3 sont significatives pour chaque attitude.</li> <li>• Cohen : Il permet de mesurer l'importance de l'effet observé, ici l'importance des changements significatifs au niveau des paires. Ceci permet d'évaluer la significativité pratique. (Valeur supplémentaire par rapport à la valeur P)</li> </ul>
<b>Résultats principaux</b>	28 participants ont participé à l'une des journées de formation. 16 personnes ont retourné le questionnaire de suivi après 4 mois. 11 ont participé au groupe de discussion après 4 mois.

Résumé de l'article	
	<p>La fiabilité des sous-échelles utilisées a été calculée. Les coefficients de <math>\alpha</math> de Cronbach pour le BPD-EAI étaient de 0,897 pour la sous-échelle des attitudes négatives donc une bonne fiabilité. 0,782 pour celle « difficile à traiter » donc estimée acceptable et 0,451 pour l'empathie, la fiabilité est douteuse. Aucune suppression d'éléments ne permet d'augmenter la fiabilité à un niveau acceptable. Pour le BPD-CAI, les coefficients de Cronbach <math>\alpha</math> étaient de 0,647 pour les caractéristiques du traitement donc douteux, 0,716 pour les perceptions des tendances suicidaires donc une fiabilité acceptable et 0,657 pour les jugements antagonistes, par conséquent une fiabilité estimée douteuse.</p> <p>La suppression d'un item de la sous-échelle de caractéristiques de traitements aboutirait à une augmentation du coefficient à 0,724 (acceptable).</p> <p>Les variables utilisées étaient finalement les sous échelles inchangées BPD-CAI : attitudes négatives et difficile à traiter et les sous-échelles BPD-EAI concernant les tendances suicidaires et les caractéristiques de traitements donc un item a été retiré. La sous-échelle « les jugements antagonistes » a été retenue malgré une fiabilité douteuse.</p> <p><u>Attitudes cognitives :</u> Il y a eu des changements significatifs pour les scores de facteurs d'attitudes cognitives en lien avec les caractéristiques du traitement des personnes et leur perception des tendances suicidaires de T1 à T2. Pour les 2 cas, les scores avaient augmenté, indiquant un changement important (en termes d'ampleur de l'effet) et <b>positif des attitudes</b>. Les changements concernant les caractéristiques de traitements ont été maintenus après le suivi des 4 mois. Par contre, concernant la sous-échelle des tendances suicidaires, le changement a régressé vers la moyenne mais le changement négatif de T2 à T3 n'était pas statistiquement significatif. Le jugement antagoniste n'a pas changé entre T1 et T2, par contre il s'est aggravé de manière significative après 4 mois. (Effet modéré)</p> <p><u>Attitudes émotionnelles :</u> Sur l'échelle des attitudes émotionnelles, les attitudes négatives se sont améliorées de T1 à T2 et cette amélioration s'est maintenue lors du suivi (taille de l'effet modérée à grande). Enfin, la sous-échelle « difficile à traiter » est restée la même entre les trois mesures.</p> <p><u>Discussion :</u> L'analyse a fait ressortir 3 thèmes.</p> <p><b>1) Evaluer le contenu : ancien VS nouveau</b> Les réactions quant à la partie du programme « The Science of BPD », étaient mitigées. Certains l'ont apprécié et d'autres estimaient que le modèle « revoyait le passé ». Certains ont fait part que c'était plutôt une mise à jour des connaissances existantes et donc une perte de temps. Certains ont ressenti ceci comme une menace. L'idée que le trouble de la personnalité borderline puisse être de source biologique et génétique a surpris. D'autres trouvaient que le contenu était plus approprié pour des infirmiers de haut niveau.</p>

Résumé de l'article	
	<p>Pour le « Wot R U Like » ? Les critiques étaient plus positives. Les participants ont trouvé cette session instructive et intéressante, précieuse et significative. Un des points positifs était la possibilité de parler avec l'infirmière en santé mentale qui s'occupait de Jo. L'aspect le plus influent a été la présence de Jo, elle-même diagnostiquée. Ceci a permis aux infirmiers de mieux comprendre ce que vit la personne, ses émotions et comment elle les traverse. Pour les participants, pouvoir interagir avec une personne diagnostiquée borderline en position de rétablissement et d'espoir, plutôt que de crise a été utile.</p> <p>Jo Mullen a fait des suggestions pour le développement de la pratique, qui ont été très appréciées. Ces suggestions étaient fondées sur la connaissance personnelle des réalités du service et des ressources à disposition.</p> <p>Les ressources fournies par « Wot R U Like ? » ont été jugées moins utiles que l'histoire de Jo. Certaines parties du pack ont quand même été jugées utiles, ex. « pour expliquer leurs sentiments et autres choses ».</p> <p><b>2) Soins : Expériences d'hospitalisation VS hôpital de jour</b></p> <p>Différents points de vue et expériences sont ressortis concernant l'intervention de formation et de sa pertinence pour les soins. Le mélange du personnel hospitalier et de jour lors de la formation a été considéré comme constructif. Le mélange de personnel a été également une source de tension, car, en fonction de la provenance et du contexte de travail, chacun a discuté de la réalité de son contexte de travail, divisant ainsi la salle.</p> <p>Les infirmières des hôpitaux de jour estiment que l'engagement avec les patients est moins exigeant que pour les infirmières des services de soins aigus. Pour elles, leur expérience professionnelle est plus enrichissante car elles travaillent avec des personnes désireuses de travailler leur guérison. Le système de rendez-vous est utile et permet d'éviter le va-et-vient, offrant un environnement plus ordonné, favorisant le développement personnel grâce à un contact individuel. L'hôpital de jour offre plus de temps aux infirmières pour apprendre. Le manque de temps créant une atmosphère négative dans le service de soins impacte sur les relations avec les patients. Pour elles, la priorité était de maintenir la sécurité et un soutien équitable pour chacun d'eux. Pour elles, les patients atteints de trouble de la personnalité borderline épuisaient une grande quantité de ressources qui sont déjà limitées et constituaient un point de tension. D'ailleurs, ils reçoivent plus d'attention.</p> <p><u>→ la formation doit se concentrer sur le milieu où les soins sont dispensés pour que l'apprentissage puisse être utilisé dans la pratique.</u></p> <p><b>3) Réflexions à plus long terme : changement VS stagnation</b></p> <p>En termes d'impact, les avis sur l'intervention étaient mitigés. Un des aspects positifs était de pouvoir réfléchir ensemble. Ce qui a été jugé utile c'est de pouvoir se rendre compte que les sentiments du personnel soignant prenant en charge ces patients étaient souvent similaires.</p> <p>Une prise de conscience par les infirmières a été relatée, quant à la réaction initiale qu'elles pourraient avoir face à un de ces patients et de la conscience de soi qu'elles doivent développer pour travailler avec eux.</p> <p>Les groupes de discussions ont permis de faire réfléchir à plusieurs idées pour le développement personnel et l'organisation future. Pour plusieurs participants, la formation n'avait pas été utile, ne changeant rien dans la pratique. Certaines infirmières avaient leurs</p>

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>propres techniques. Un participant était frustré à l'égard de la formation, car pour lui, les patients devaient assumer leurs propres actions. Certains se méfiaient de ces initiatives éducatives car elles pourraient détourner l'attention de la pratique décrite comme essentielle. Certains étaient pessimistes quant à l'empathie et voyaient leur rôle infirmier comme une limitation des dégâts. Cette discussion autour de la valeur à plus long terme d'une formation comme celle-ci leur a permis de comprendre ce que c'est d'être infirmière en santé mentale.</p>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p><u>Limites</u> : L'étude était non contrôlée, non randomisée et sans TAU condition (traitement as usual). La fidélité des participants au suivi de 4 mois a été décevante (60%).</p> <p><u>Forces</u> : L'étude est l'une des premières à intégrer un expert par expérience dans la formation du personnel pour les attitudes à l'égard des patients atteints de par ce trouble.</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche (2ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education. Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche (3ème éd.). Montréal, QC : Chenelière Education. Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec, QC : ERP

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. Journal of Clinical Nursing, 28(13–14), 2613–2623. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14847">https://doi.org/10.1111/jocn.14847</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui le problème est clairement décrit : le changement d'attitude des infirmiers à l'égard des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline. La population à l'étude est aussi mentionnée : les infirmières en santé mentale.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est très complet. Par contre il ne mentionne pas la partie discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le phénomène à l'étude est clairement formulé et situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			L'introduction fournit une synthèse de l'état des connaissances au sujet des approches éducatives visant à améliorer les attitudes des infirmières prenant en charge des patients atteints d'un TPB. Elle se base sur des travaux de recherches antérieurs, clairement décrits et commentés. La plupart sont récents.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Les théories ne sont pas définies, par contre elles sont mentionnées et guident l'ensemble de l'intervention. (Porr et Linehan)
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts de l'étude sont clairement définis sous la partie « objectifs de la présente étude » [traduction libre]. Il y a un objectif général et 2 objectifs spécifiques mentionnés.
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche est précisé.



Devis de recherche	Si non, qu'en diriez-vous ?				
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population visée est décrite de façon précise.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	L'échantillon est décrit de manière détaillée. Par contre il n'y a pas de renseignement quant à la taille de l'échantillon. La méthode de recrutement n'est pas clairement expliquée. Il est uniquement mentionné que le personnel était invité à assister à l'une ou l'autre des sessions, mais il n'est pas indiqué comment ils ont été avertis.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Non, mais les chercheurs stipulent qu'ils ont besoin du plus grand nombre possible de membres du personnel soignant. C'est justifié car il n'y a pas de base de référence.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p><u>Inventaire des attitudes cognitives et émotionnel</u> : les deux inventaires sont clairement décrits. Ils ont été utilisés dans deux autres précédentes études en Israël. La référence est mentionnée. Les facteurs composants les sous-échelles sont mentionnés. Les chercheurs ont estimé que quelques déclarations n'avaient aucun sens pour un contexte de service au Royaume-Unis. Ils ont par conséquent modifié et adapté quelques formulations. La fiabilité interne des sous échelles du questionnaire a été calculée à l'aide de Cronbach. Un item de la sous-échelle des caractéristiques de traitement a été supprimé permettant d'aboutir à une révision <math>\alpha</math> de Cronbach = 0,724.</p> <p>Plusieurs modifications ont été apportées à ces inventaires, provoquant un biais. L'instrument n'est pas valide.</p> <p><u>Questionnaire de connaissance du TPB</u> : Le questionnaire est décrit. Par contre on ne sait pas combien d'items le compose. Les différents points explorés sont décrits. La fiabilité / validité de l'instrument n'ont pas été évaluées.</p>

					<p><b>Discussions :</b> Le programme de discussion est partiellement décrit. Les domaines couverts sont mentionnés. Le programme a été conçu spécifiquement pour cette étude. Une validité apparente est mentionnée.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<p><i>Les deux inventaires sont en lien avec les variables à mesurer. C'est-à-dire les attitudes avant et après l'intervention.</i></p> <p><i>Le questionnaire de connaissance est en lien avec les variables à mesurer. C'est-à-dire, les données démographiques, les connaissances en lien avec le trouble et l'expérience vécue.</i></p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>La procédure est décrite clairement, pas à pas. Par contre, il n'est pas mentionné clairement comment concrètement le personnel a été invité à assister à une session.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université d'Abertay et le département de recherche et de développement du NHS.</p> <p>Un consentement éclairé a été signé par les participants.</p> <p>Le principe d'autonomie a été respecté : Les participants étaient libres de remplir le questionnaire ou non. Ils ont pu interrompre l'expérience à tout moment. Ils ont reçu une fiche d'informations et l'équipe de recherche a décrit l'étude et répondu aux questions avant chaque intervention.</p> <p>La confidentialité a été respectée : Suite aux discussions les transcriptions mot à mot ont été rendues anonymes en supprimant les informations d'identifications et en appliquant un codage.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p><i>Oui des analyses statistiques ont été entreprises pour évaluer la fiabilité interne des sous-échelles (<math>\alpha</math> de Cronbach).</i></p> <p><i>Elles ont aussi été utilisées pour évaluer les changements d'attitudes suite à l'intervention.</i></p>

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p><u>Quantitatif</u> : Les résultats sont présentés de manière claire sous forme narrative. Ils sont plutôt positifs. Le seuil de significativité de chaque test est indiqué.</p> <p>Les détails démographiques, les connaissances et expériences sont présentés clairement dans un tableau. Il y a aussi un tableau présenté de manière claire concernant les attitudes cognitives et émotionnelles des professionnels.</p> <p><u>Qualitatif</u> : Les résultats sont présentés de manière claire, sous forme narrative. Ils ont été classés par thèmes.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Non, mais comme l'intervention et les outcomes mesurés sont issus de la théorie de Porr, ils testent en quelque sorte une partie de cette théorie.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui certains résultats sont interprétés au regard d'études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, dans la discussion, il y a un sous-titre « limitations », où les chercheurs rendent compte des limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui, en donnant l'intérêt pour de la recherche pour la population cible (patient et infirmières)
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, dans la partie conclusion, il y a un sous-titre « Pertinence pour la pratique clinique » où les conséquences de l'étude sur la pratique clinique sont abordées.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils font des recommandations pour les travaux de recherche futur. Les études devront préciser davantage le contenu d'une intervention de formation sur les attitudes à adopter face au TPB. Les chercheurs devront séparer l'évaluation lorsqu'il y a plus qu'un élément afin de déterminer qui est « le principe actif » [traduction libre]. Les études

					<i>devront avoir une plus grande portée et employer des groupes contrôles appropriés [traduction libre].</i>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et clairement structuré. Chacune des parties est clairement délimitée par un titre ou un sous-titre. Il est suffisamment détaillé pour permettre une analyse critique minutieuse.
Commentaires :					

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique Approches quantitatives et mixtes

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder. <i>Journal of personality disorders</i> , 30(4), 567-576.
<b>But(s) de la recherche</b>	<u>Objectifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer si une brève formation en GPM est efficace pour améliorer la préparation et la volonté des cliniciens à traiter les patients diagnostiqués borderline.</li> <li>• Evaluer l'efficacité des ateliers GPM pour améliorer l'attitude des cliniciens face au patients diagnostiqués d'un trouble de la personnalité borderline.</li> <li>• Evaluer si les changements d'attitudes sont liés aux années d'expérience clinique.</li> <li>• Comparer l'ampleur du changement après les ateliers GPM à ceux des ateliers STEPPS.</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif, prédictif et causal : quasi expérimental pré et post test et groupe de « contrôle » avec une autre formation
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p><u>Contexte</u> : Les ateliers ont été largement annoncés par les institutions et ouverts à tous les cliniciens en santé mentale dans les régions organisées. Les pays concernés étaient les Etats-Unis (Hôpital Butler dans le Rhode Island, La clinique Mayo dans le Minnesota et le centre médical dans le New Hampshire), ainsi que le Canada (Université de l'Ontario de l'ouest).</p> <p><u>La population</u> : était constituée de psychiatres, psychologues, conseillers en santé mentale, résident en psychiatrie, assistants médicaux, infirmières et médecins, Elle se distinguait par la durée de l'expérience clinique et par la discipline professionnelle.</p> <p><u>Echantillon</u> : Les ateliers ont été proposés à tous les cliniciens en santé mentale dans les régions où ils ont été organisés. Ils avaient le choix de remplir ou non le questionnaire. → Aléatoire simple, appariés.</p>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Questionnaire anonyme complété avant et après l'atelier de 1 jour de formation GPM. Il permet d'évaluer les attitudes des cliniciens envers les patients borderline. Il mesure 9 items concernant les attitudes envers les patients borderline. Chacun des items est noté par le participant sur une échelle où 1 correspond à « pas du tout d'accord » et 7 « tout à fait d'accord ».</p> <p>Ce questionnaire a déjà été utilisé auparavant dans une précédente étude pour évaluer l'efficacité de la participation à la formation STEPPS. Il était constitué de 31 items mais uniquement 9 avaient été utilisés. Il a été approuvé par le Conseil d'examen institutionnel</p>

Résumé de l'article	
	<p>de l'Université de l'Iowa. La précédente étude mentionnait que malgré la validité apparente ses propriétés psychométriques n'ont pas été formellement évaluées [traduction libre] (Shanks et al., 2011).</p> <p>Des informations démographiques ont été recueillies (sexe, parcours professionnel, années d'expérience auprès des patients borderline, contexte de la pratique).</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>Un atelier GPM (Good Psychiatric Management) d'une journée qui comprenait des cours didactiques formels, des vidéos pédagogiques, des vignettes de cas en groupe. Il travaille sur un message d'espoir dans le but d'aider les cliniciens à se sentir plus compétents pour traiter le TPB.</p> <p><b>Informations supplémentaires sur le contenu de l'intervention :</b>  Selon Finch, Brickell, &amp; Choi-Kain, la formation standard au GPM dure 8 heures et est également accompagnée d'un manuel.</p> <p>Il comprend une introduction au GPM, puis une partie sur les traitements (principes généraux, faire le diagnostic, « pour commencer », la gestion de la suicidalité et de l'automutilation non suicidaire, pharmacothérapie et comorbidités, traitements fractionnés). Ensuite, il y a une partie de présentation de cas et pour finir des démonstrations vidéo (Gunderson &amp; Link (2014).</p> <p>Ellen F. Finch, Claire M. Brickell &amp; Lois W. Choi-Kain (2019) <i>General psychiatric management : An evidence-based treatment for borderline personality disorder in the college setting</i>, <i>Journal of College Student Psychotherapy</i>, 33 :2, 163-175, DOI : 10.1080/87568225.2018.1491361</p> <p>Gunderson, J. G., &amp; Links, P. S. (2014). <i>Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder</i>. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T-test : avant et après pour chacun des 9 items du questionnaire.</li> <li>• Corrélation de Pearson : Puis une corrélation entre le changement de score et une des caractéristiques de la population : le nombre d'année d'expérience.</li> <li>• Test-t pour un échantillon unique : pour comparer les changements de score moyen du GPM et ceux du STEPPS.</li> </ul>
<b>Résultats principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur les 297 participants, 74,7% étaient des femmes.</li> <li>• Il y a avait des conseillers en santé mentale /travailleurs sociaux cliniques (29,5%), des psychiatres (26,1%), des infirmières (22,7%), des psychologues (12,5%), des résidents en psychiatrie (4,5%) des médecins de soins primaires (2,3%), des médecins assistants (2,3%)</li> <li>• La moyenne d'expérience clinique était de 17 ans.</li> <li>• Le contexte de soins le plus fréquent était l'ambulatoire (59,1%), suivi du cadre hospitalier (19,3%), cadre hospitalier et ambulatoire (18,2%) et 3,4% dans un établissement de traitement.</li> </ul>

### Résumé de l'article

**Tableau 1 :** Pour 8 des 9 points du questionnaire, il y a eu un changement statistiquement significatif dans le score d'attitude concernant les patients borderline.

- Il y a une baisse significative du désir d'éviter de s'occuper des patients atteints d'un TPB ( $t = -4,25$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une augmentation significative du sentiment d'être professionnellement compétent pour soigner les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ( $t = 4,57$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une diminution significative de l'aversion des cliniciens pour les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ( $t = -2,82$ ,  $p = 0.005$ ).
- Il y a une augmentation significative concernant le fait de sentir que l'on peut faire une différence positive dans la vie d'un patient atteint du TPB ( $t = 4,45$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une diminution significative de la conviction que le pronostic pour le traitement d'un TPB est sans espoir ( $t = -4,76$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une augmentation significative de la croyance concernant l'efficacité de certaines psychothérapies TPB ( $t = 3,71$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une diminution significative du besoin d'avoir davantage de formation dans la gestion et le traitement des patients atteints d'un TPB ( $t = -4,04$ ,  $p < 0.001$ ).
- Il y a une augmentation significative de la croyance que le patient atteint d'un trouble de la personnalité borderline a une faible estime de soi ( $t = 2,30$ ,  $p = 0.022$ ).

Il y avait une tendance non significative à la baisse de la croyance que le trouble de la personnalité borderline est une maladie provoquant des symptômes pénibles ( $t = 1.78$ ,  $p < 0.077$ ).

**Tableau 2 :** Les corrélations bivariées du changement du score d'attitude avec le nombre d'année d'expérience au niveau clinique ont démontré que le fait d'avoir moins d'années d'expérience était lié à une plus grande augmentation du sentiment de compétences professionnelles pour prendre en charge ces patients ( $r = -0.184$ ,  $p = 0.004$ ), ainsi que la croyance que les patients borderline ont une faible estime d'eux-mêmes. ( $r = -0.183$ ,  $p = 0.005$ ). Cette corrélation est positive mais faible.

Avoir plus d'années d'expérience clinique est en lien avec une augmentation du désir de formation continue dans les traitements des patients ( $r = 0.170$ ,  $p = 0.008$ ) touchés par le trouble de la personnalité borderline.

**Tableau 3 :** Il y a ensuite eu une comparaison entre l'évolution des scores obtenus suite à l'atelier GPM et entre l'évolution des scores de l'atelier STEPPS. Il n'y a pas eu de différence significative au niveau des statistiques concernant le changement de score entre les 2 formations (GPM et STEPPS) pour 7 des 9 points du questionnaire.

Pour ce qui concerne le sentiment d'être capable de faire une différence positive dans la vie de patients borderline, le GPM a provoqué un changement significativement plus important que la formation STEPPS. ( $t = -2.65$ ,  $p = 0.009$ , taille d'effet = 0.16).

<b>Résumé de l'article</b>	
	Par rapport à l'atelier GPM, la formation STEPPS a provoqué une augmentation significativement plus importante concernant la croyance que le trouble de la personnalité borderline provoque des symptômes pénibles. ( $t = 1.99$ , $p = 0.048$ , taille d'effet = 0.12)
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les participants ont choisi d'assister à ces ateliers de formation GPM, il y a un biais de sélection car les participant peuvent déjà avoir eu des attitudes et des croyances plus favorables envers ces patients.</li> <li>• Aucune conclusion ne peut être tirée quant à savoir si ces changements d'attitudes observés le jour des ateliers seront durables et auront un impact dans la pratique.</li> <li>• L'étude n'indique pas si ces changements d'attitudes, améliorent les résultats pour les patients.</li> <li>• L'utilisation des résultats de l'étude STEPPS comme groupe de comparaison est affaiblie car il peut y avoir des différences dans les antécédents et les motivations des participants.</li> </ul>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Il manque une description claire de l'intervention : comment ça s'est déroulé ? Ce qui a été présenté ?</p> <p>Questionnaire : d'où provient-il ? Qui est l'auteur ? Pas de référence.</p> <p>Pourquoi avoir choisi de comparer à la formation STEPP ?</p>

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder. Journal of personality disorders, 30(4), 567-576.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre ne précise pas clairement la population à l'étude qui sont les cliniciens, mais ils sont sous-entendus par les « les attitudes à l'égard des patients ». Il est précisé qu'ils prennent en charge des patients atteints d'un trouble de la personnalité limite. Il ne précise pas plus le problème. Le concept des attitudes et le cadre conceptuel du GPM sont mentionnés.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le résumé synthétise clairement la méthode et les résultats. La problématique n'est pas mentionnée et la discussion est remplacée par une conclusion. Les différentes parties ne sont pas clairement délimitées par un titre.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le phénomène à l'étude est précisément décrit et situé dans un contexte. Il repose sur des travaux antérieurs.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			L'introduction fournit des synthèses de l'état des connaissances sur le sujet. Les travaux de recherche antérieurs sont décrits mais pas critiqués. Les références citées ne sont pas toutes récentes.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			L'étude se base sur le cadre conceptuel du modèle « Good Psychiatric Management » selon Gunderson. Il est clairement défini. Le concept des attitudes n'est pas clairement défini.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Trois différents buts sont clairement formulés. L'étude a pour but de prédire les effets de l'intervention et d'évaluer les relations entre des

					variables, ici, entre le changement d'attitude et les années d'expérience clinique.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis de recherche n'est pas précisé. Il s'agit d'un devis quantitatif car il y a une vérification statistique des attitudes avant et après l'intervention. Il est quasi expérimental car il est uniquement contrôlé mais pas randomisé.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population visée est définie de façon précise. Elle a été choisie sur un mode de volontariat.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de façon détaillée. La méthode de recrutement est mentionnée. La taille de l'échantillon n'est pas définie.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Le questionnaire est clairement décrit. Le nom du questionnaire et la référence ne sont pas mentionnés. Cet instrument a été utilisé dans une précédente recherche en lien avec la formation STEPP. La fidélité et la validité n'ont pas été évaluées.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<i>Oui, il est en liens avec les attitudes et l'expérience professionnelle, mais n'est pas dérivé spécifiquement du modèle GPM.</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	La raison de la comparaison entre le GPM et le STEPP n'est pas indiquée. La description de l'atelier n'est pas complète et ne permet pas de le reproduire dans la pratique. Il n'est pas mentionné comment ça s'est déroulé et ce qui a été présenté. Les moments où les participants remplissent le questionnaire ne sont pas précis. Il est juste précisé avant et après l'intervention.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	L'éthique dans cette recherche n'est pas abordée. Il est uniquement mentionné que les cliniciens avaient le choix d'accepter ou refuser de remplir le questionnaire.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<i>Les scores des 9 items ont été comparés avant et après l'atelier en utilisant des T-tests. Puis une corrélation entre le changement de score et le nombre d'années d'expériences a été effectuée. Finalement, un T-test a été réalisé pour comparer les changements de scores moyen du GPM et ceux du STEPPS.</i>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<i>Les principaux résultats sont présentés à l'aide d'un résumé narratif. Les résultats obtenus sont positifs. Le seuil de significativité de chacun des tests statistiques est indiqué. Les tableaux des résultats sont clairs.</i>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, le modèle d'intervention et ses résultats dans cette étude sont discutés.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats concordent avec d'autres études réalisées antérieurement. Elles ne mentionnent pas une formation GPM mais d'autres formations en lien avec le trouble de la personnalité borderline.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs mentionnent les limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<i>Cette étude s'appuie sur la littérature existante pour montrer que les formations spécifiques au TPB peuvent faire des différences conséquentes dans l'attitude des cliniciens en santé mentale à l'égard de ce trouble de la personnalité borderline.</i>
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<i>Il y a une incertitude si les changements d'attitudes et de croyances seront durables et affecteront réellement la pratique. L'étude n'indique pas si ces changements entraîneront une modification de la pratique et s'ils amélioreront les résultats des patients.</i>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			<i>Les futures recherches devraient utiliser un instrument d'enquête dont les éléments sont plus spécifiquement dérivés du modèle de la GMP.</i>

<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article n'est pas bien structuré. Les différents éléments ne sont pas clairement délimités. Il n'y a pas de titre pour l'introduction. La conclusion est incluse directement dans la discussion.
Commentaires :					

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 22(8), 623–633. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12248">https://doi.org/10.1111/jpm.12248</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La prise en charge des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline s'accompagne de multiples défis. Ceux-ci sont ressentis intensément par les infirmières, se sentant impuissantes dans leur capacité à progresser et confuses quant à l'objectif de la prise en charge. Ces patients se retrouvent fréquemment en crise (prévalence estimée à 20% en milieu hospitalier). Les professionnels de la santé ressentent une certaine appréhension par rapport à ce qui pourrait se passer (automutilation, comportements suicidaires). C'est pourquoi ces patients sont souvent admis dans des services de santé mentale, plus particulièrement aux admissions de crises. Ces admissions sont longues et fréquentes et doivent permettre de gérer tout risque de préjudice, en travaillant parallèlement sur le rétablissement. Par conséquent, cette prise en charge représente une lourde charge financière, sans que des objectifs ou la mesure de l'efficacité soient définis. Les professionnels ne sont pas convaincus de la valeur de ces admissions. Le patient peut avoir certaines crises en dehors de l'hôpital et de nouvelles crises dans le cadre hospitalier suite à une mauvaise interprétation des motivations du personnel soignant, augmentant ainsi les comportements autodestructeurs et suicidaires. Une réponse non attentionnée peut entraîner une augmentation du risque de suicide.
Recension des écrits	Des études ont montré la frustration du personnel. Les infirmières diplômées en santé mentale éprouvent une détresse personnelle en travaillant avec des personnes diagnostiquées d'un trouble de la personnalité borderline. Elles considèrent les patients comme diaboliques, menaçants, manipulateurs et consommateurs de temps (Woollaston & Hixenbaugh 2008, McGrath & Dowling 2012). Ils sont pour elles délibérément difficiles (Markham & Trower 2003). Ceci peut conduire à des attitudes négatives se transformant en stigmatisation. Ceci remonte à l'époque où le trouble était considéré comme incurable (Bateman & Tyrer 2004). La thérapie basée sur la mentalisation est une thérapie conçue spécialement pour les patients diagnostiqués de ce trouble (Bateman & Tyrer 2004). La mentalisation se réfère à un processus explicite et implicite par lequel on prend conscience de ses propres états mentaux subjectifs et de ceux des autres [traduction libre] (Bateman & Fonagy 2010). Le programme qui dispense cette thérapie prévoit aussi une supervision clinique intégrale pour le personnel. Cette supervision clinique est spécialement recommandée pour le personnel travaillant avec ce type de patients (Bland & Rossen 2005). Le traitement se base sur des preuves, grâce à des essais contrôlés randomisés et à un suivi ayant montré des progrès positifs dans plusieurs domaines notamment dans celui des expressions de crise comme l'automutilation et le suicide (Bateman & Fonagy 1999, 2001, 2008, 2009, Bales et al. 2012). La plupart des études ont été menées par ceux qui avaient manipulé cette thérapie. Ceci soulève la question d'un potentiel biais qui ne pourra être résolu que par d'autres recherches.

Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les fondements de la phénoménologie, approche attribuée à Husserl (1960), vise à saisir les descriptions des expériences vécues. Celui-ci préconise une réduction phénoménologique, une suspension complète des croyances et des idées préconçues des chercheurs afin que le point de vue des participants soit représenté avec précision.</p> <p>Heidegger (1962) et Gadamer (1976) ont continué à développer la phénoménologie de Husserl, tout en réfutant la valeur accordée à la réduction phénoménologique. Ils ont promu l'idée que nous avons nécessairement besoin de notre propre expérience comme base contextuelle afin de donner un sens à tout phénomène. L'herméneutique de Heidegger était une interprétation de Dasein, son terme pour illustrer le fait d'être là. Il disait que nous ne pouvions pas donner un sens à l'expression « être là » si nous étions détachés du monde. Gadamer (1976) s'est appuyé sur cette base, en introduisant des concepts utiles de : préjugés, cercle herméneutique et de fusion des horizons.</p> <p><u>Préjugés</u> : connaissances et idées préconçues préexistantes qui sont selon Gadamer (1989) partie de la façon dont nous donnons un sens au monde. Une véritable compréhension ne peut avoir lieu qu'à l'intérieur de nos préjugés et non de l'extérieur. C'est pourquoi les connaissances et expériences antérieures sont considérées comme bénéfiques à la recherche.</p> <p><u>Le cercle herméneutique</u> : (Gadamer 1989) fait référence à la connexion entre le tout et la somme de ses parties. La chose étudiée ne peut être comprise sans l'examen de chacune de ses parties. Le chercheur est placé dans ce cercle, que l'on décrit comme la fusion des horizons.</p> <p><u>La fusion des horizons</u> : l'horizon se réfère à tout ce qui peut être vu dans une perspective particulière (Gadamer 1989). Ceci implique l'approfondissement de la compréhension et l'évolution de ce qui est déjà connu. Le thème principal est celui présenté dans l'étude, avec une conscience aiguë des préjugés du chercheur. En fusionnant les préjugés des chercheurs avec les résultats de l'étude, le phénomène bénéficie d'un nouveau point de vue et unique. Par conséquent, il crée un nouvel horizon. L'expérience antérieure du chercheur a été considérée comme un atout plutôt qu'un fardeau.</p> <p>L'approche la plus appropriée a été une phénoménologie interprétative fondée sur les idées de Gadamer.</p>
Question de recherche/buts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir une perception du personnel en fonction du contexte sur les questions en lien avec le travail avec des personnes atteintes d'un TPB</li> <li>• Explorer les perceptions du personnel soignant sur l'impact de la formation aux compétences basées sur la thérapie basée sur la mentalisation (MBT-S)</li> <li>• Explorer l'expérience vécue du personnel travaillant avec des patients atteints d'un TPB en temps de crise</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer les perceptions du personnel à l'égard de la thérapie basée sur la mentalisation à travers sa « facilité d'utilisation », la valeur de la supervision clinique associée et aborder l'impact de celle-ci sur leurs attitudes négatives et leur stigmatisation en lien avec le trouble de la personnalité borderline.</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Une approche phénoménologique qualitative (saisir les descriptions des expériences vécues) interprétative.
Population, échantillon et contexte	<p>L'échantillon ciblé était :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières diplômées en santé mentale</li> <li>• Pratiquant dans 4 services de santé mentale aiguë d'un hôpital (crise)</li> <li>• Ayant terminé la formation raccourcie de la thérapie basée sur la mentalisation (MBT-S) avec au moins 6 mois pour l'utiliser dans la pratique.</li> </ul> <p>Sur 18 participants ayant suivi la formation raccourcie sur la thérapie basée sur la mentalisation, 9 infirmières ont participé à l'étude. (50%)</p> <p>L'étude se déroule en Ecosse.</p>
Méthode de collecte des données	Les données ont été recueillies suite à des groupes de discussions. Les participants ont été répartis dans 2 groupes comme suit : 5 dans le premier et 4 dans le second. Les discussions ont eu lieu au sein de l'hôpital, dans des salles de séminaires, éloignées du milieu clinique. Les discussions ont duré 1h. Un guide thématique semi-structuré a facilité la collecte de données, encadrant la discussion d'un « avant » et un « après » la formation sur la thérapie basée sur la mentalisation. Il a été utilisé pour permettre à l'animateur d'explorer toutes les données. Les points de vue de chacun ont été clarifiés afin d'éviter toute représentation erronée dans les résultats. L'auteur ayant déjà eu des relations professionnelles avec certains participants, un membre neutre de l'équipe de formation a été recruté. Limitant ainsi de possibles biais. Les discussions de chaque groupe ont été enregistrées et retranscrites manuellement mot à mot.
Déroulement de l'étude	Les participants ont été recrutés dans quatre services de santé mentale aiguë d'un hôpital. Il n'y a uniquement 9 infirmières sur 18 qui ont participé à l'étude. Les données ont été recueillies à l'aide de groupes de discussions d'une durée de 60 minutes. Les participants ont été répartis dans 2 groupes de 4 et de 5 participants. Un guide thématique a encadré la discussion. Un animateur a clarifié les points de vue des participants. Chaque groupe a été enregistré puis la discussion a été transcrite manuellement par l'auteur.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le bureau local de recherche et de développement et par le service d'éthique de la recherche du nord de l'Ecosse. Les participants ont reçu des fiches d'informations et ils pouvaient poser des questions. Un consentement écrit a été réalisé avant chaque discussion.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Au lieu de se focaliser sur des individus, les transcriptions ont été analysées en groupe. Puis, elles ont été codées par l'auteur à l'aide d'une analyse thématique exploratoire. Aucun logiciel informatique n'a été utilisé. Il y a eu 3 cycles de codage. Pour le 1 <sup>er</sup> , le guide thématique a été utilisé pour structurer la discussion en un récit. Le 2 <sup>ème</sup> , était une analyse et une interprétation de la transcription avec un étiquetage des plus grands thèmes. Le 3 <sup>ème</sup> a exploré à nouveau les points de vue de chacun et l'interprétation des chercheurs, en retenant spécifiquement des exemples et des citations représentant ces perspectives.

	<p>Sont ressortis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 thèmes primaires : base contextuelle, l'impact de la MBT-S, la supervision clinique, changement dans la perception du trouble de la personnalité borderline par le personnel.</li> <li>• 7 thèmes secondaires en lien avec l'atelier sur la thérapie basée sur la mentalisation : approche de bon sens, cohérence de l'approche, empathie, flexibilité, autonomisation du personnel, tolérance du risque, limitations des compétences</li> </ul>
Présentation des résultats	<p><b>Base contextuelle :</b> <i>L'environnement du patient hospitalisé a été souligné comme étant extrêmement occupé et peu favorable au travail thérapeutique. Les participants ont décrit le travail avec des personnes atteintes de ce trouble de la personnalité borderline comme fatigant et épuisant, frustrant mais aussi personnellement angoissant. Une incertitude règne quant à la manière d'aborder les patients et l'objectif des admissions qui s'avèrent être souvent longues et fréquentes, reste confus. Un cycle d'admission « aller-retour » a été décrit. Un patient était resté à l'hôpital durant 3 ou 4 ans.</i></p> <p><i>Ces idées étaient cohérentes avec les résultats de la littérature, décrivant une détresse personnelle et une perception négative du personnel à l'égard de ces patients [traduction libre ] (Markham &amp; Trower 2003, Woollaston &amp; Hixenbaugh 2008, McGrath &amp; Dowling 2012).</i></p> <p><b>La supervision clinique :</b> <i>est un groupe de supervision clinique proposé après la formation MBT-S. 3 des neufs participants ont pu assister au groupe. La perception globale a été difficile à mesurer. Par conséquent, le fait qu'uniquement 1/3 de l'échantillon ait pu participer à la formation en dit long sur l'activité et le manque de temps. Les participants n'ayant pas pu y participer ont révélé leur volonté d'y assister. Les 3 participants présents ont trouvé cette conférence très utile. Les thèmes qui en sont sortis étaient : la consolidation du modèle de MBT, le soutien par les pairs, l'augmentation de l'autonomie par les infirmières, la garantie de la cohérence et de l'adhésion à la MBT-S, les stratégies pour aller de l'avant avec ces patients. Les participants se sentent responsables dans leur capacité à provoquer des changements positifs à leurs patients.</i></p> <p><b>Changement dans la perception du trouble de la personnalité borderline par le personnel :</b> <i>Le principal changement suite à la formation a été la perception de l'intention. Les participants comprenaient mieux les raisons qui sous-entendaient ces comportements. Ils ne considéraient plus les patients comme difficiles. Une plus grande capacité d'empathie a permis d'améliorer la frustration et les relations thérapeutiques.</i></p> <p><b>Impact de la MBT-S</b></p> <p><b>Approche de bon sens :</b> <i>Selon Bateman &amp; Fonagy, la MBT a été décrite comme une vision de bon sens de l'esprit [traduction libre] (2009, p. 1363). Les participants ont expliqué la transition en douceur en adoptant la MBT. Un minimum d'adaptation a été nécessaire par rapport à la pratique habituelle. En dehors des capacités de mentalisation qui restent implicites, il y a eu une reconnaissance du fait que les choses pouvaient être abordées différemment et de manière plus explicite par les professionnels.</i></p> <p><b>Cohérence de l'approche :</b> <i>Les participants à l'étude estiment qu'il y a une meilleure cohérence dans l'approche des patients entre les membres du personnel soignant ayant suivi le programme. Les participants estiment qui travaillent tous dans le même but et avec le même objectif. Ceci permet une certaine structure dans un environnement chaotique.</i></p>



	<p><b>Empathie :</b> Les participants se sent rendu compte que l'empathie est un élément clé de la thérapie basée sur la mentalisation. Elle constitue la base de toute relation thérapeutique. Cette approche a permis d'éloigner les infirmières de l'idée que l'automutilation ne nécessite qu'une réponse physique de la part des infirmières, mai. C'est-à-dire, mettre un pansement sur une plaie. Au contraire, il faut s'asseoir et en parler avec le patient. Les participants ont ajusté leur approche à une réponse plus naturelle et humaine. Avant tout engagement thérapeutique, les infirmières devaient s'impliquer le plus possible aux côtés de leurs patients et de leurs états émotionnels.</p> <p><b>Flexibilité :</b> L'utilisation flexible de la thérapie était considérée comme précieuse dans l'imprévisibilité de la santé mentale. Les compétences ont été mises en pratique durant des séances individuelles avec des patients mais également pour répondre aux crises.</p> <p><b>Autonomisation du personnel :</b> Les participants ont souligné une diminution de l'incertitude marquée au départ. Ils ont l'impression de savoir mieux ce qu'ils font. Les compétences en matière de thérapie basée sur la mentalisation sont considérées comme un outil utile, ayant un impact visible sur les patients.</p> <p><b>Tolérance du risque :</b> Un autre aspect positif, était de donner au personnel la possibilité de discuter de l'automutilation et du suicide sans rendre inévitables les mesures de risque. Les services tolèrent mieux le risque. Les participants estiment qu'après la formation, ils pouvaient discuter des pensées et des sentiments du patient sans avoir à le mettre sous observation permanente. Le fait de tolérer le risque de cette manière permet au patient de comprendre son propre esprit et comportement sans que sa responsabilité personnelle ne soit enlevée par des réactions trop restrictives au risque. On passe ainsi à une réponse psychologique et empathique à la détresse.</p> <p><b>Limitations des compétences :</b>  Il a été mentionné que le temps passé avec les patients ne diminuait pas et que les personnes avec ce trouble étaient toujours considérées comme consommatrices de temps.  La question de l'environnement de santé mentale aiguë a à nouveau été soulevée. Les participants suggéraient que pour utiliser efficacement la thérapie ils avaient besoin de temps supplémentaire pour parler avec les patients. Les barrières à ceci sont les problèmes de personnel et le niveau de l'activité clinique.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Globalement, il y a eu une augmentation de l'espoir et de l'optimisme par rapport à la situation de départ. Etant donné que l'approche est facile à appréhender, les participants ont pu constater une plus grande cohérence entre eux et leurs collègues. Parmi les changements constatés, il y a eu la compréhension de l'empathie, autant comme fondement de la relation thérapeutique mais également en tant que réponse appropriée à l'automutilation. Les participants se sentaient moins impuissants. Ils ont estimé qu'ils avaient maintenant une plus grande capacité à tolérer le risque. La thérapie a des impacts positifs sur les changements des attitudes des soignants à l'égard des personnes borderline. Ils ont noté un changement de la notion de comportement difficile et intentionnel, propice à une plus grande compréhension et empathie. Les progrès entourant l'empathie ont directement contribué à une réduction des stéréotypes négatifs et de la stigmatisation. La thérapie promeut l'empathie par une meilleure compréhension du trouble. La promotion de l'empathie au sein de la thérapie permet de</p>

	<p>s'orienter vers une approche plus centrée sur la personne et sans jugement. L'approche flexible et « off the cuff » est idéale car les personnes en crise peuvent être impulsives. La MBT-S n'est pas une thérapie mais une boîte à outils des compétences. La MBT-S a montré un changement d'attitude et un sentiment d'autonomisation de la personne.</p> <p>La formation est précieuse en raison de son accessibilité et de son bon rapport coût-efficacité. L'atelier de 2 jours est réalisable pour toutes les infirmières diplômées en santé mentale, ne nécessitant pas de quitter le lieu clinique, et n'engageant pas d'importantes dépenses pour de nombreuses thérapies psychologiques.</p> <p>L'évaluation de la formation à la thérapie a permis de constater la valeur de la formation en matière de changements d'attitudes et sa facilité d'utilisation dans le travail avec des personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline dans un environnement aigu de santé mentale.</p>
Forces et limites	<p><i>Limites :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Petite taille de l'échantillon, 9 infirmières dans un seul hôpital.</i></li> <li>• <i>6 participants n'étaient pas présents à la conférence, des questions ont été posées pour savoir s'ils avaient utilisé la véritable approche de la thérapie basée sur la mentalisation.</i></li> <li>• <i>Les chercheurs étaient d'anciens infirmiers du domaine de la santé mentale aiguë, ils avaient participé à la formation de base de la thérapie. Pour limiter les biais : les groupes de discussions ont été guidés par un animateur neutre. Celui-ci a utilisé un guide thématique semi-structuré couvrant les thèmes clé, en prenant en compte tout ce que les participants voulaient soulever</i></li> <li>• <i>La recherche phénoménologique est limitée dans sa généralisation.</i></li> </ul>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Un atelier accessible tel que la thérapie basée sur la mentalisation est idéal pour fournir aux infirmières l'attitude et les compétences nécessaires afin de maintenir une relation thérapeutique.</i></li> <li>• <i>Cette thérapie est facile à appréhender, permettant une mise en œuvre facile. Les infirmières ont peu d'ajustement à faire par rapport à la pratique ordinaire.</i></li> <li>• <i>La thérapie est perçue comme un ensemble de compétences permettant de responsabiliser le personnel et contribuer aux changements d'attitude.</i></li> <li>• <i>Il est essentiel de tolérer le risque, étant donné que certains patients diagnostiqués d'un trouble borderline peuvent être exposés à un risque chronique de suicide et d'automutilation. En dotant les infirmières de thérapies psychologiques, ceci permet d'éviter de recourir à un excès de mesures restrictives, qui sont contre-productives comme par exemple l'observation constante.</i></li> <li>• <i>L'empathie est la clé de toute alliance thérapeutique et l'encouragement de ce point par la thérapie favorise une prise en charge centrée sur le patient, évitant ainsi des dommages iatrogènes attribués à des réactions d'automutilation inutiles.</i></li> </ul>
Commentaires	<i>Quel hôpital ? Comment ont-ils été recrutés, informés ?</i>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Warrender, D. (2015). <i>Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study</i> . Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(8), 623–633. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12248">https://doi.org/10.1111/jpm.12248</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			La population à l'étude et le concept des compétences sont précisés.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Chacune des parties n'est pas clairement délimitée par un titre. Le résumé synthétise clairement les grandes lignes de la recherche, c'est-à-dire le problème, la méthode, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le phénomène à l'étude est clairement formulé et placé dans un contexte.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Oui elle présente des connaissances sur le phénomène étudié sous la rubrique « littérature » dans l'introduction. Cette rubrique présente les connaissances actuelles issues de travaux de recherches antérieurs, plus ou moins récents.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel est clairement défini et expliqué. Il se trouve dans la partie méthode et fait le lien avec le choix de l'approche phénoménologique qualitative adoptée.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts sont clairement formulés dans la partie « objectifs / questions ».
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche est clairement mentionné et explicité en faisant un lien avec les fondements de la phénoménologie de Husserl (1960).

	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui il y a une adéquation. Car une approche phénoménologique qualitative permet de saisir les descriptions des expériences vécues et c'est exactement ce que l'on cherche dans cette étude.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population n'est pas définie de façon précise dans la partie « méthode ». C'est normal, car c'est la méthode qui le veut. Les personnes de l'échantillon ont été sélectionnées selon la méthode herméneutique : opportunité et volontarisme.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui il mentionne la taille de l'échantillon. Les critères d'inclusion et d'exclusion. Par contre, la méthode de recrutement n'est pas explicitée.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			La méthode de collecte est explicite. Il est mentionné comment les données ont été recueillies, où la collecte a été réalisée. L'enregistrement des données et la transcription sont également explicités.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Les groupes de discussions ont eu lieu au sein de l'hôpital. Il n'est pas mentionné de quel hôpital il s'agit, ni dans quel pays. Il n'est pas mentionné comment l'étude a été annoncée aux participants ni de quelle manière ont-ils été recrutés.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Elles sont mentionnées dans la partie « considérations éthiques » de la méthode. L'étude a été approuvée par le bureau local de recherche et de développement et par le service d'éthique de la recherche du nord de l'Ecosse. Autonomie : les participants ont reçu des fiches d'informations et ils pouvaient poser des questions. Un consentement écrit a été réalisé avant chaque groupe de discussion. Les participants avaient le droit de se retirer et de garder l'anonymat.
<b>Résultats</b>	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			<i>L'analyse est bien détaillée. Elle mentionne les différents cycles de codage aboutissant à la détermination des thèmes principaux et des thèmes secondaires.</i>

Traitement/ Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			<i>La méthode herméneutique selon Gadamer est rigoureuse. Toutes les étapes et les mesures pour garantir la crédibilité sont décrites</i>
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			<i>Le résumé des résultats est compréhensible. Il contient des extraits rapportés. Ils sont classés par thèmes.</i>
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			<i>Les thèmes représentent logiquement le phénomène à l'étude, c'est-à-dire, à saisir l'expérience vécue du personnel travaillant avec des personnes ayant reçu un diagnostic de BPD et se présentant en temps de crise, mais également évaluer les perceptions du personnel à l'égard des MBT-S par leur "utilité", la valeur de la supervision clinique associée, et à aborder tout impact sur leurs attitudes et la stigmatisation négative associées à ce trouble.</i>
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		<i>Rien ne mentionne que les données ont été évaluées par les participants ou par des experts.</i>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les principaux résultats sont discutés et comparés à des études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			La question de la transférabilité des résultats n'est pas concrètement soulevée. C'est normal par rapport au cadre théorique de la méthode. (Chaque individu est unique).
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			<i>Des recommandations pour la pratique et pour les recherches futures sont mentionnées.</i>
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré. Chaque partie est délimitée grâce à des titres et des sous-titres.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice B**

Stratégie de recherche



Equations et filtres	Base de données	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles lus	Nombre d'articles retenus	Articles retenus pour l'analyse
((attitude of health personnel[MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder[MeSH Terms])) AND (education[MeSH Terms]) Filtre: depuis 2015 - 2020	PubMed	6	4	1	Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). <i>The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder</i> . Journal of personality disorders, 30(4), 567-576.
((education[MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder[MeSH Terms])) AND (psychiatric nursing[MeSH Terms]) AND (attitude of health personnel[MeSH Terms]) Filtre: depuis 2015 - 2020	PubMed	1	1	1	Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). <i>Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder</i> . Journal of Clinical Nursing, 28(13–14), 2613–2623. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14847">https://doi.org/10.1111/jocn.14847</a>
((attitude of health personnel[MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder[MeSH Terms])) AND (nursing staff[MeSH Terms]) Filtre: depuis 2015 - 2020	PubMed	2	2	1	Warrender, D. (2015). <i>Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study</i> . Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(8), 623–633. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12248">https://doi.org/10.1111/jpm.12248</a>

## **Appendice C**

Echelle d'Interactions infirmière-patient

**7. L'échelle d'Interactions Infirmière-Patient – version 70 items – Patient (EIIP-70P)**

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
<b>A – L'humanisme : Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste</b>						
1	M'ont considéré(e) comme un individu à part entière, ne se sont pas seulement intéressés à mon problème de santé.	1	2	3	4	5
2	Ont essayé de voir les choses de mon point de vue.	1	2	3	4	5
3	M'ont accepté(e) tel que je suis sans porter de jugement.	1	2	3	4	5
4	Ont démontré du respect envers moi et mes proches.	1	2	3	4	5
5	N'ont pas eu d'attitudes choquantes.	1	2	3	4	5
6	Ont été humains(es) et chaleureux(es) avec moi et mes proches.	1	2	3	4	5
<b>B – L'espoir : La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir</b>						
7	M'ont démontré qu'elles seraient là pour moi si j'en avais besoin.	1	2	3	4	5
8	M'ont encouragé(e) à avoir confiance en moi.	1	2	3	4	5
9	Ont attiré mon attention sur les aspects positifs me concernant et concernant mon état de santé.	1	2	3	4	5
10	Ont souligné mes efforts.	1	2	3	4	5
11	M'ont encouragé(e) à garder espoir, lorsque c'était approprié.	1	2	3	4	5
12	M'ont aidé(e) à trouver la motivation pour améliorer mon état de santé.	1	2	3	4	5
13	Ont tenu compte de ce que je savais sur ma situation de santé.	1	2	3	4	5
<b>C – La sensibilité : La culture d'une sensibilité à soi et aux autres</b>						
14	M'ont demandé comment j'aimerais que les choses soient faites.	1	2	3	4	5
15	N'ont pas oublié de tenir compte de l'inquiétude qu'a pu engendrer l'annonce de mon diagnostic chez moi et mes proches.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
16	Ont su choisir le bon moment pour discuter avec moi de ma condition et des étapes à venir.	1	2	3	4	5
17	Ont su évaluer quand et comment exprimer leurs propres sentiments vis-à-vis ma situation.	1	2	3	4	5
18	M'ont sensibilisé(e) à ce que vivent mes proches quant à ma situation.	1	2	3	4	5
19	Ont tenu mes proches au courant de mon état de santé (avec mon accord).	1	2	3	4	5
<b>D – La relation : Le développement d'une relation d'aide et de confiance</b>						
20	M'ont écouté(e) attentivement quand je parlais ainsi que mes proches.	1	2	3	4	5
21	Se sont présentées en précisant leur nom et leur fonction.	1	2	3	4	5
22	Ont répondu dans un délai convenable lorsque je les appelais.	1	2	3	4	5
23	Ont respecté leurs engagements, c'est-à-dire qu'elles ont fait ce qu'elles avaient dit qu'elles feraient.	1	2	3	4	5
24	N'ont semblé pressées et occupées quand elles s'occupaient de moi.	1	2	3	4	5
25	Ne m'ont pas coupé la parole.	1	2	3	4	5
26	N'ont pas confronté trop brusquement mes façons de penser et d'agir.	1	2	3	4	5
<b>E – Les émotions : La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs</b>						
27	M'ont encouragé(e) à exprimer librement ce que je ressentais.	1	2	3	4	5
28	Ont gardé leur calme quand j'étais en colère.	1	2	3	4	5
29	M'ont aidé(e) à comprendre mes émotions.	1	2	3	4	5
30	N'ont pas été moins présents(es) lorsque je vivais des moments difficiles.	1	2	3	4	5
31	M'ont aidé(e) à composer avec mes émotions difficiles.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
32	M'ont laissé(e) exprimer ma peine, ma tristesse, mes peurs,...	1	2	3	4	5
<b>F – La résolution de problème : L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prises de décision</b>						
33	M'ont aidé(e) à me fixer des buts réalistes en tenant compte de mon état de santé.	1	2	3	4	5
34	M'ont aidé(e) à composer avec le stress découlant de mon état de santé ou de ma situation générale.	1	2	3	4	5
35	M'ont aidé(e) à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
36	M'ont aidé(e) à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement mes problèmes.	1	2	3	4	5
37	Ont cherché à identifier avec moi les conséquences de mes comportements.	1	2	3	4	5
38	M'ont renseigné(e) ainsi que mes proches, sur les ressources adaptées à mes besoins (ex. : autres professionnels, groupes d'entraide, CLSC, etc.).	1	2	3	4	5
<b>G – L'enseignement : La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel</b>						
39	M'ont aidé(e) à identifier et formuler des questions à poser au sujet de ma maladie et de mes traitements.	1	2	3	4	5
40	Ont vérifié si j'avais bien compris, ainsi que mes proches.	1	2	3	4	5
41	M'ont donné l'information nécessaire pour que je puisse prendre des décisions éclairées.	1	2	3	4	5
42	M'ont expliqué les soins ou traitements avant qu'ils ne soient effectués.	1	2	3	4	5
43	Ont utilisé des termes ou un langage que moi ou mes proches comprenions.	1	2	3	4	5
44	M'ont donné l'occasion de pratiquer les soins que je dois me donner.	1	2	3	4	5
45	Ont respecté mon rythme pour me donner l'information.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
46	M'ont enseigné comment planifier l'horaire et la préparation de mes médicaments.	1	2	3	4	5
47	M'ont renseigné(e) sur des moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires de mes médicaments ou certaines complications.	1	2	3	4	5
<b>H – L'environnement : La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction</b>						
48	Ont compris quand j'avais besoin d'être seul(e).	1	2	3	4	5
49	Ont posé des gestes pour assurer mon confort (ex. : m'offrir des massages au dos, m'aider à changer de position, ajuster l'éclairage, suggérer des appareils spécialisés, etc.).	1	2	3	4	5
50	Ont remis la pièce à l'ordre après s'être occupées de moi.	1	2	3	4	5
51	Ont vérifié si mes médicaments soulageaient mes symptômes (ex. : nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc.).	1	2	3	4	5
52	Ont respecté mon intimité (ex. : ne pas me découvrir inutilement).	1	2	3	4	5
53	Ont vérifié, avant de me laisser, si j'avais tout ce qu'il me fallait.	1	2	3	4	5
54	M'ont aidé(e) à clarifier ce que j'aimerais que les autres m'apportent.	1	2	3	4	5
<b>I – L'assistance : L'assistance dans la satisfaction des besoins humains</b>						
55	M'ont assisté(e) dans mes soins quand je n'étais pas capable de les faire par moi-même.	1	2	3	4	5
56	Ont su comment donner les traitements (ex. : injections intraveineuses, pansements, etc.).	1	2	3	4	5
57	Ont su se servir de l'équipement spécialisé (ex. : pompes, moniteurs, etc.).	1	2	3	4	5
58	Ont fait les traitements ou ont donné les médicaments à l'heure prévue.	1	2	3	4	5
59	Ont encouragé mes proches à me soutenir (avec mon accord).	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
60	Ont surveillé mon état de santé de près.	1	2	3	4	5
61	M'ont aidé(e) à sentir que j'avais un certain contrôle sur ma situation.	1	2	3	4	5
62	Ont su quoi faire dans les situations où il fallait agir rapidement.	1	2	3	4	5
63	Ont démontré de la compétence et de l'habileté dans leur façon d'intervenir avec moi.	1	2	3	4	5
64	Ont tenu compte de mes besoins de base (sommeil, élimination, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
<b>J – Facteurs existentiels : La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques</b>						
65	M'ont aidé(e) à me sentir bien dans ma peau.	1	2	3	4	5
66	Ont reconnu que la prière, la méditation ou autres peuvent être des moyens de m'apaiser et de me redonner espoir.	1	2	3	4	5
67	M'ont aidé(e) à explorer ce qui est important pour moi dans la vie.	1	2	3	4	5
68	M'ont aidé(e) à explorer la signification que je donne à mon état de santé.	1	2	3	4	5
69	M'ont aidé(e) à rechercher un certain équilibre dans ma vie.	1	2	3	4	5
70	Ont pris en considération mes besoins spirituels (ex. : prière, méditation, participation à des rites, etc.).	1	2	3	4	5

### Référence :

Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). *Assessing nurse patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse–Patient Interactions Scale*. *International journal of nursing studies*, 42(6), 673-686.

## **Appendice D**

Déclaration d'authenticité



**Déclaration d'authenticité**

Je déclare avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Fribourg, le 9 juillet 2020

Amélie Emonet

Amélie E.