

Accompagnement infirmier optimal des patients atteints du trouble de la personnalité borderline

Une revue de littérature étoffée

**Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers**

Par

Floriane Bonvin et Ana Garea

Bachelor 2009-2012

Sous la direction de Pierre-Benoît Auderset

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 8 octobre 2012

*« Traitez les gens comme s'ils étaient ce qu'ils
pourraient être et vous les aiderez à devenir ce
qu'ils sont capables d'être. »*

Johann Wolfgang Von Goethe

Remerciements

Nous remercions en premier lieu notre directeur de Bachelor Thesis, Monsieur Pierre-Benoît Auderset, qui, par ses observations et ses remarques constructives, a pu nous aider à progresser dans les réflexions et l'écriture de notre travail. Nous tenons à remercier particulièrement Mme Nicole Nadot pour sa compréhension, son soutien et sa disponibilité face à nos doutes et à nos questionnements.

Nous remercions également nos collègues et amis étudiants de la promotion 2009-2012 pour leurs judicieux conseils et leurs encouragements. Pour la mise à disposition des salles, nous remercions l'aimable disponibilité du personnel de la HEdS-Fribourg.

Un merci tout particulier aux plus proches : aux enfants de Floriane qui ont prodigué un soutien affectueux et ont témoigné de la compréhension lorsque leur maman était moins disponible et également aux parents et à la sœur de Ana qui ont su rester patients et attentionnés tout au long du parcours. Nous souhaitons les remercier chaleureusement, ainsi que nos familles et amis respectifs, qui ont su nous accompagner lors des différentes étapes de ce projet. Leurs critiques pertinentes, leurs corrections et leurs nombreux encouragements nous ont été précieux.

Résumé

Objectifs : Ce travail comporte deux objectifs : trouver des stratégies pour aider les soignants à mieux prendre en charge les patients atteints du trouble de la personnalité borderline et trouver des stratégies pour améliorer la relation et l'alliance thérapeutique avec ce type de patients.

Méthode : Pour effectuer cette revue de littérature, nous avons fait une recherche d'études scientifiques dans les bases de données du Consortium-Santé, particulièrement dans Pubmed/Medline et PsycInfo. Des termes MeSH, ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion nous ont permis d'affiner notre recherche. Puis, grâce à une grille d'analyse critique, nous avons sélectionné les études qui nous semblaient pertinentes et rigoureuses.

Résultats : Nous avons pu répertorier six catégories qui permettent d'offrir un accompagnement infirmier optimal à des patients souffrant du trouble borderline: formations, supervision et soutien, relation de qualité, partenariat infirmière-patient, influence des perceptions ainsi que structures et organisation.

Implications pour la pratique : Nous avons essentiellement constaté un besoin de formations théoriques et pratiques pour les soignants. Celles-ci permettent non seulement d'agir sur les représentations des infirmières, mais aussi de développer des aptitudes relationnelles de qualité, afin de favoriser l'alliance thérapeutique et le partenariat avec ces patients. La nécessité d'aborder les émotions des soignants ainsi que le besoin de soutien et de supervisions ont également émergé ; ils peuvent être favorisés par des structures adaptées.

Conclusion : Ce travail met en évidence le besoin de développer la recherche scientifique sur les soins infirmiers en lien avec le trouble borderline, spécifiquement en Suisse. Il souligne également le besoin d'effectuer davantage d'études sur l'alliance thérapeutique.

Mots clés : *Borderline personality disorder, Nurs*, Nurse-Patient Relations, Attitude of Health Personnel, Education*

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
1. PROBLEMATIQUE	8
1.1 QUESTION DE RECHERCHE	14
1.2 OBJECTIFS POURSUIVIS	14
2. CADRES CONCEPTUELS	14
2.1 EMOTIONS.....	14
2.2 ALLIANCE THERAPEUTIQUE	17
2.3 THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE	20
3. METHODOLOGIE.....	23
3.1 INTERET DE LA REVUE DE LITTERATURE ETOFFEE	23
3.2 ETAPES DE LA REVUE DE LITTERATURE	24
3.2.1 Termes MeSH.....	25
3.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
3.3 STRATÉGIES DE RECHERCHE	26
4. RÉSULTATS	26
4.1 FORMATIONS	27
4.2 SUPERVISION ET SOUTIEN.....	32
4.3 INFLUENCE DES PERCEPTIONS.....	33
4.4 RELATION DE QUALITÉ	36
4.5 PARTENARIAT INFIRMIÈRE-PATIENT	39
4.6 STRUCTURES ET ORGANISATION.....	41
5. DISCUSSION.....	43
5.1 REGARD CRITIQUE SUR LES ÉTUDES RETENUES	43
5.2 REGARD CRITIQUE SUR LE TRAVAIL DE BACHELOR.....	45
5.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS	45
5.3.1 Les émotions	46
5.3.2 L'alliance thérapeutique	47
5.3.3 La thérapie comportementale dialectique.....	49
5.4 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE	52
6. PERSPECTIVES.....	53
6.1 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE	53
6.2 IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58

ANNEXES	63
ANNEXE A : DECLARATION D'AUTHENTICITE	63
ANNEXE B : CRITERES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE	64
ANNEXE C : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITE BORDERLINE	66
ANNEXE D : GRILLE D'ANALYSE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES.....	67
ANNEXE E : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RECHERCHES	68
ANNEXE F : STRATÉGIES DE RECHERCHE	74
ANNEXE G : GRILLES D'ANALYSE	78
<i>Recherche 1 : Cleary et al., 2002.....</i>	<i>78</i>
<i>Recherche 2 : Langley & Klopper, 2005</i>	<i>84</i>
<i>Recherche 3 : Krawitz & Batcheler, 2006.....</i>	<i>91</i>
<i>Recherche 4 : Forsyth, 2007.....</i>	<i>95</i>
<i>Recherche 5 : Little et al., 2010.....</i>	<i>102</i>
<i>Recherche 6 : Krawitz, 2004.....</i>	<i>107</i>
<i>Recherche 7 : James & Cowman, 2007</i>	<i>113</i>
<i>Recherche 8 : Koekkoek et al., 2009</i>	<i>121</i>
<i>Recherche 9 : Commons Treloar & Lewis, 2008.....</i>	<i>128</i>
<i>Recherche 10 : Commons Treloar & Lewis, 2008.....</i>	<i>134</i>
<i>Recherche 11 : Markham & Trower, 2003.....</i>	<i>140</i>
<i>Recherche 12 : Bodner et al., 2011</i>	<i>147</i>
<i>Recherche 13 : Ma et al., 2009</i>	<i>154</i>
<i>Recherche 14 : Krawitz & Jackson, 2007.....</i>	<i>161</i>
<i>Recherche 15 : Purves & Sands, 2009</i>	<i>166</i>
<i>Recherche 16 : McGrath & Dowling, 2012.....</i>	<i>172</i>
<i>Recherche 17 : Fallon, 2003</i>	<i>181</i>
<i>Recherche 18 : Commons Treloar, 2009</i>	<i>188</i>
<i>Recherche 19 : Hazelton et al., 2006</i>	<i>194</i>

Introduction

Nous avons fait le choix de cette thématique car nous avons effectué des stages en milieu psychiatriques. Les relations avec les patients souffrant du trouble borderline ont été de fortes expériences. En effet, en tant que stagiaires, nous avons souvent été démunies face à leurs comportements et affectées par la souffrance qu'ils exprimaient. De plus, nous avons pu observer, à plusieurs reprises, les difficultés éprouvées par les soignants et leur malaise dans la prise en charge de ces patients. Les infirmières semblaient manquer de ressources. Dès lors, nous avons souhaité connaître davantage sur les gestions possibles des patients atteints du trouble de la personnalité borderline. En parallèle, les questions suivantes ont émergé : Comment optimiser la relation patient-infirmière? Quel est l'impact des caractéristiques de cette pathologie sur le personnel infirmier ? Quelles attitudes des soignants permettent une évolution favorable de la symptomatologie ? Quels moyens permettent de créer et de maintenir une alliance thérapeutique avec ce type de patients ?

Pour effectuer ce travail, nous avons tout d'abord fait un état des connaissances, en posant la problématique. Cela nous a menées à la question de recherche et nous a permis d'établir des cadres conceptuels liés à la thématique. Ensuite, nous avons décrit les étapes méthodologiques suivies afin de sélectionner et de critiquer les articles retenus. A partir de ces derniers, nous avons catégorisé les résultats et pu élaborer une discussion. Finalement, ce processus nous a permis, d'une part, de répondre à notre question de recherche et, d'autre part, de faire émerger les implications pour la pratique ainsi que les recommandations pour des recherches ultérieures.

1. Problématique

Pour commencer notre problématique, nous avons choisi d'aborder quelques données épidémiologiques sur la santé mentale dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001), plus de 25% des individus souffrent au cours de leur vie d'un ou de plusieurs troubles mentaux ou troubles du comportement. Ce sont des affections universelles : elles touchent toutes les populations, rurales et urbaines, riches et pauvres, hommes et femmes. Des études faites par l'OMS en 2000 ajoutent que la prévalence ponctuelle de l'ensemble des affections neuropsychiatriques était d'environ 10% chez la population adulte (Global Burden of Disease, cité par l'OMS, 2001). « On estime que 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'affections neuropsychiatriques » (OMS, 2001, p.23). Une étude récente de Wittchen et Jabobi et al. (2011, cité par Schuler & Burla, 2012), qui porte sur 27 pays de l'Union Européenne, ainsi que la Suisse, l'Islande et la Norvège, a constaté qu'au sein de cette population, 38% souffrent une fois par année d'un trouble psychique. « Cela représente près de 164,7 millions de personnes » (Schuler & Burla, 2012, p.8).

En ce qui concerne la Suisse, selon l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), « un peu plus de 4% des personnes interrogées déclarent souffrir de problèmes psychiques importants et près de 13% de problèmes psychiques moyens » (Schuler & Burla, 2012, p.3). En conséquence, une personne sur six a de grandes probabilités de souffrir d'un trouble psychique. Ces données prennent plus d'ampleur sachant que « les troubles psychiques sont une entrave à la vie quotidienne et ont des répercussions au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, psychique et comportemental » (Schuler & Burla, 2012, p.3). Ces troubles sont très fréquents et, selon l'Obsan, ils ont des répercussions non seulement sur la qualité de vie des personnes atteintes de ces troubles, mais également sur les proches ; ils peuvent en outre mener jusqu'au suicide (Schuler & Burla, *ibid.*).

Entre 2006 et 2010, l'Obsan a constaté une augmentation de près de 9% de personnes traitées en ambulatoire pour des troubles psychiatriques (Schuler & Burla, *ibid.*). Ce chiffre a d'ailleurs atteint 18% dans les cabinets psychiatriques. Concernant le taux d'hospitalisation, une augmentation de presque 5% a été relevée depuis 2002, alors

que le nombre de patients est resté relativement stable. Cela indique une hausse des réadmissions (Schuler & Burla, *ibid.*).

En 2006, les troubles de la personnalité correspondent à 6% des diagnostics intramuros, en Suisse (Obsan, 2010). Selon le DSM-IV-TR, les troubles de la personnalité sont définis 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 de souffrance ou d'une altération du fonctionnement. » (American Psychiatric Association, 2003, p.789). 11 troubles de la personnalité y sont décrits, dont la personnalité borderline, sujet de ce travail (Annexe B). La littérature suggère que les troubles de la personnalité borderline sont les plus fréquents des troubles de la personnalité (Moran, 2002, cité par Westwood & Baker, 2010). Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) au moins 2% de la population générale souffre de ce trouble. Selon l'OMS (Girolamo & Reich, 1993, cité par Cottraux & Blackburn, 2001), ce trouble de la personnalité atteindrait de façon prédominante les femmes, malgré le fait que cette donnée ne soit pas retrouvée dans toutes les études concernant la population générale. Concernant la prévalence de ce trouble, 11% des patients sont suivis en ambulatoire, 19% sont hospitalisés et 63% des personnes hospitalisées présentent des critères diagnostiques de ce trouble (Widiger et Frances, 1989, cité par Linehan, 2000).

Dans la littérature française, le trouble de la personnalité borderline peut être nommé trouble de la personnalité état limite, souvent abrégé TPE. Toutefois, pour ce travail, nous avons choisi d'abrégé la personnalité borderline par BPD, qui signifie « borderline personality disorder » (Traduction libre : trouble de la personnalité borderline) ; cette abréviation est utilisée dans tous les articles et la documentation sur ce sujet rédigés en langue anglaise. De même, nous informons le lecteur que nous avons fait le choix d'utiliser le terme « infirmière » pour parler indifféremment des infirmiers et des infirmières.

D'après le DSM-IV-TR, « la caractéristique essentielle de la Personnalité borderline est 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 et qui est présent dans des contextes divers » (American Psychiatric Association, 2003, p.813). Dans les critères diagnostiques du BPD (Annexe C), il semblerait que certains en particulier rendent la relation patient-soignant difficile. Woollaston & Hixenbaugh (2008) soulignent d'ailleurs dans leur étude que les infirmières ont exprimé des difficultés relationnelles avec ces patients. Ils ont notamment relevé les caractéristiques suivantes : l'instabilité et l'intensité des relations interpersonnelles, l'instabilité affective, la colère intense, l'impulsivité et les comportements d'automutilations. A noter que, selon Bateman & Fonagy, (2004, cité par Woollaston & Hixenbaugh, 2008), à peu près 10% se suicident. Le BPD s'aggrave avec un pic de mortalité autour des 30 ans (Darcourt, Chaine & Guelfi, 2002, in Féline, Guelfi & Hardy). Ce cap passé, la plupart des patients parviennent à se réinsérer professionnellement ; ceux qui n'y arrivent pas sont ceux qui ont un haut degré d'impulsivité ou une comorbidité avec un autre trouble de la personnalité ou une autre affection psychiatrique.

L'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008) relate que les patients sont engagés dans différentes situations d'agressivité envers eux-mêmes, envers autrui ou envers le matériel. Ces comportements entraînent une détresse chez le soignant. A ces craintes de violence s'ajoute le sentiment d'être responsable de l'issue de leurs comportements. Des sentiments d'effroi et de panique peuvent s'emparer des soignants lors de menaces suicidaires. Cependant, avec l'expérience, ils parviennent à une meilleure gestion de ces situations critiques.

Darcourt, Chaine & Guelfi (2002, in Féline et al.) ont relevé d'autres caractéristiques spécifiques du BPD. Le sujet borderline porte des jugements extrêmes dans les relations ; tout blanc ou tout noir, l'autre est alors soit idéalisé, soit dévalorisé. Les auteurs évoquent ensuite les relations interpersonnelles que nous avons évoquées précédemment. « Elles sont régies par les représentations instables et contradictoires que le sujet a des autres » (Darcourt, Chaine & Guelfi, *ibid.*, p.189). Dans leurs relations, les personnes atteintes d'un BPD oscillent entre attachement et rejet, admiration et mépris, confiance et crainte. Un autre point que Darcourt et al. abordent est l'impulsivité. Elle peut se manifester par une agressivité injustifiée, des colères

inappropriées, des agitations ; ce qui est spécifique à ce trouble est l'auto-agressivité. Les individus ayant un BPD ont souvent des conduites à risques telles que des ivresses aiguës, des automutilations, voire des tentatives de suicide (Darcourt, Chaine & Guelfi, *ibid.*).

Selon Cottraux & Blackburn (2001), les troubles de la personnalité sont souvent associés entre eux, en particulier le BPD avec les troubles de la personnalité histrionique et narcissique. Les études portant sur la comorbidité relèvent aussi une forte association entre le BPD et l'alcoolisme, les autres toxicomanies, le tabagisme, les phobies, les tentatives de suicide et la schizophrénie (Cottraux & Blackburn, *ibid.*). Cet auteur relève d'ailleurs que 48 à 65% des personnes qui tentent de se suicider ont un trouble de la personnalité.

Charitat & Schmitt (2002, in Féline et al.) ont consulté différentes études qui concernent les comorbidités. Les résultats sont qu'un BPD est souvent présent lors de troubles anxieux et thymiques (Skodol, 1988, Oldham, 1992 & Ferro, 1999, cités par Charitat et al., 2002, in Féline et al.). Une autre étude aussi étonnante est celle réalisée par Zanarini, Gunderson, Frankenburg et al. (1991, cité par Charitat & Schmitt, 2002, in Féline et al.). Cette étude a porté sur les comorbidités présentes dans un groupe de patients borderline. On y retrouve « une prévalence des troubles de l'humeur de 96,3 p. 100, de l'abus de substances psychoactives de 64,5 p. 100, de troubles psychotiques de 1,3 p. 100, de troubles anxieux de 88,4 p.100, des troubles somatoformes de 10,3 p. 100 (...) » (p.131). Nous constatons ainsi que les troubles thymiques apparaissent dans plusieurs études comme un point important du BPD. Darcourt et al. (2002, in Féline et al.) parlent également de toxicomanies et de dépendances. L'alcool, les drogues, la boulimie ou l'anorexie peuvent permettre de corriger la souffrance intérieure des patients atteints d'un BPD ; ainsi ils parviennent parfois à atténuer leur sentiment d'incompétence. Les compulsions auto-agressives peuvent aussi conduire à des conduites addictives.

La culpabilité, la colère et le désespoir qui envahissent les infirmières lors d'interactions avec les patients ayant un BPD peuvent être dues à certains mécanismes de défense ; principalement le clivage et la projection (Gabbard & Wilkinson, 2000, cité

par Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Les infirmières, participant à l'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008), relatent des situations où les patients borderline essaient de diviser l'équipe. Elles savent qu'elles sont l'objet soit d'idéalisation, soit de rejet ; en résulte souvent un clivage au sein de l'équipe. Le sentiment d'être idéalisé par ces patients est parfois agréable. Le sentiment d'être rejeté provoque chez les infirmières de la détresse et un fort sentiment d'injustice. D'après Audiard (2009), le clivage est une stratégie défensive qui permet d'éviter les menaces d'abandon ; les personnes atteintes d'un BPD vivent l'abandon avec un sentiment de vide, un sentiment de perte de sens de l'existence. Elles éprouvent un véritable effondrement interne.

Lelliot et al. (2006, cité par Westwood & Baker, 2010) relèvent que les équipes sont réticentes à admettre de tels patients en milieu hospitalier. De plus, les infirmières en santé mentale établissent une distance sociale significativement plus grande avec ce type de patients ($p < 0.001$) qu'avec des personnes souffrant d'autres troubles mentaux (Markham, 2003). Une des raisons pourrait être le fait que ces patients soient considérés plus en santé (DeLaune, 2004, cité par Westwood & Baker, 2010). Ajoutés aux comportements d'automutilation et de colères intenses, tous ces éléments ont pour conséquence une diminution de l'empathie de la part des infirmières (Fraser & Gallop, 1993, cité par Westwood & Baker, 2010).

Dans la synthèse de littérature effectuée par Westwood & Baker (2010), les infirmières considèrent que les comportements dangereux et manipulateurs de ces patients sont davantage liés à un esprit malhonnête qu'à la maladie. Cela influence sans doute la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Woollaston & Hixenbaugh (2008) ajoutent que les infirmières ont un sentiment très fort d'être manipulées par les patients borderline. Le manque d'honnêteté et d'authenticité de ces derniers pourrait entraîner une perception dévalorisante des infirmières ; celles-ci sont atteintes bien au-delà de leur fonction, dans l'intégrité de leur personne. Dans leur étude, les infirmières rapportent un besoin d'être constamment sur leur garde et d'établir des limites claires dans l'interaction avec ces patients. Un des thèmes principaux évoqué dans cette étude (Woollaston &

Hixenbaugh, *ibid.*) est la frustration qui apparaît chez le soignant ; elle provient du sentiment d'impuissance face à cette maladie.

Les perceptions et les attitudes négatives du personnel infirmier travaillant dans un service hospitalier peuvent également influencer la pratique et la qualité des soins envers ces patients (Ma et al., 2008). Chez les patients atteints de BPD, « les hospitalisations sont relativement fréquentes par rapport aux autres troubles de la personnalité et sont le plus souvent décidées en urgence » (Darcourt et al., 2002, in Féline et al., p.196). Elles sont souvent consécutives à des manifestations aiguës du BPD telles que des tentatives de suicide, des actes violents, des crises dépressives,... Les hospitalisations permettent non seulement la résolution d'une crise, mais aussi la prévention de tout danger pour le patient et son entourage (Darcourt et al., *ibid.*). Et « ce n'est pas tant la chimiothérapie qui est efficace (...) que la fonction contenante du cadre hospitalier et l'approche psychothérapique » (Darcourt et al., *ibid.*, p. 196). Ce trouble est prédominant dans le milieu hospitalier. En effet, il concerne 20% des admissions à l'hôpital psychiatrique (Audiard, 2009). La prise en charge est par conséquent très difficile et longue.

Dans la prise en charge des patients souffrant de BPD, « c'est l'institution qui sera thérapeutique » (Burloux, 2009, p.25). Elle aura une fonction contenante et immuable ; elle sera progressivement une référence pour le patient qui lui fournira un cadre sécurisant.

D'après Moran (2002, cité par Westwook & Baker, 2010), la littérature suggère qu'une brève admission peut être favorable à un patient en crise atteint d'un trouble de la personnalité borderline. Boriceanu (2005) appuie cette idée. Selon lui, une prise en charge de courte durée est préconisée (moins de 30 jours). Le but est d'assurer une protection au patient et à son entourage, d'évaluer différents éléments tels que le risque suicidaire, la dynamique familiale, etc. L'objectif est aussi de préparer le suivi ambulatoire et de favoriser une réinsertion sociale rapide. Une hospitalisation prolongée est adéquate en cas de non-compliance, en présence de menaces suicidaires ou d'hétéro-agressivité répétées.

Au sujet de l'hospitalisation, Morissette dit que : « La majorité des auteurs qui ont révisé le sujet (Koenisberg, 1984 ; Gunderson, Sabo, 1993 ; Silver, Rosenbluth, 1993) suggèrent que l'on tente d'éviter la prolongation de l'hospitalisation après la stabilisation de la crise » (1996, p.36). Morissette nomme aussi des alternatives à une hospitalisation : « contrat verbal et écrit ; visites plus fréquentes ; centre de crise ; hôpital de jour, de soir ou de nuit, etc. » (ibid., p.36) ; ceci en vue de décourager une dépendance affective et d'éviter de déresponsabiliser le patient.

1.1 Question de recherche

Au vu de ce qui précède, nous constatons une réelle problématique dans la prise en charge des patients atteints de BPD. Nous pouvons donc formuler la question suivante : « *Comment l'infirmière peut-elle accompagner de façon optimale un patient souffrant du trouble de la personnalité borderline, créer et préserver une alliance thérapeutique?* »

1.2 Objectifs poursuivis

Les objectifs de notre travail sont :

- Trouver des stratégies pour aider les soignants à mieux prendre en charge les patients atteints de BPD.
- Trouver des stratégies pour améliorer la relation et l'alliance thérapeutique avec ce type de patients.

2. Cadres conceptuels

Pour réaliser ce travail, nous avons choisi de travailler avec 3 cadres conceptuels qui nous ont semblé pertinents : les émotions, l'alliance thérapeutique et la thérapie comportementale dialectique de Linehan.

2.1 Emotions

Le Larousse définit l'émotion ainsi : « trouble subit, agitation passagère, causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. » ou « réaction affective transitoire, d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement » (2008).

Selon Fernandez (2009), les émotions peuvent être considérées comme nécessaires lors d'entretiens avec le patient. Elles sont un moteur dans notre fonction, un moteur pour les soins. Elles peuvent aussi être reconnues et régulées, étant donné que les soignants travaillent avec des personnes en souffrance.

Il existe différentes variétés de l'expression émotionnelle : les émotions primaires sont des réactions adaptées à des situations spécifiques (Mehran, 2006). Selon Greenberg & Bolger (2001, cité par Mehran, 2006, p.111) : « Elles organisent des réponses adaptées et nous donnent de l'information à propos de nos réactions face à une situation ». Les réactions primaires sont les suivantes : la colère, la tristesse et la peur. Ces émotions ont une fonction auto-protectrice et permettent une résolution de problèmes adaptée. Différents types de sentiments génèrent des émotions primaires, par exemple la tristesse, le dégoût, la honte, le mépris, la joie, la surprise. Les émotions réactives secondaires sont exprimées en réponse à une émotion primaire ; ce sont des réponses émotionnelles dysfonctionnelles. « Elles sont à la base du sens de solitude, d'abandon, de honte, d'absence de valeur, des sentiments récurrents d'incompétence, de colère explosive et des relations destructrices » (Greenberg & Bolger, 2001, cité par Mehran, 2006, p.112).

Les émotions instrumentales sont des émotions qui ont été apprises, comme un moyen pour manipuler l'environnement. Un exemple est la colère, utilisée parfois pour arriver à obtenir ce que le sujet désire. Une des tâches du thérapeute est d'encourager le patient à utiliser d'autres voies alternatives (Mehran, 2006).

Au sujet des émotions, Mehran relate ceci : « Ledoux (1996, in Greenberg & Bolger, 2001) suggère qu'il y a deux chemins différents qui nous dirigent vers les émotions » (2006, p.107). Le chemin « bas » est activé face à un danger ; l'amygdale émet alors un signal de détresse vers le cerveau et le corps. Tandis que le chemin « haut » permet un traitement plus lent et conscient de l'information à travers le thalamus et le néocortex. « Les personnes qui présentent des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente : ce qui expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion » (Cottraux, 2004, cité par Mehran, 2006, p.107).

Mehran relève dans son ouvrage, d'une part, la capacité à avoir des émotions et, d'autre part, la capacité à les réguler (2006). Dans le cas des états limites, la réactivité émotionnelle et l'impulsivité sont surdéveloppées, « tandis que les stratégies sous-développées seraient le contrôle de soi et l'attachement stable dans les relations. Les affects retrouvés comme prédominants sont la colère, la tristesse et l'angoisse » (Boriceanu, 2005, p.47). L'association française d'aide Aapel renforce cette idée. Elle parle de dérégulation émotionnelle, de surémotivité, voire d'hyperémotivité (Tinguely, 2005). Un témoignage de Labrèche, écrivain souffrant de BPD, décrit à sa manière les souffrances liées à l'hyperémotivité : « J'ai un problème de limites. Je ne fais pas de différence entre l'extérieur et l'intérieur. C'est à cause de ma peau qui est à l'envers, de mes nerfs qui sont à fleur de peau. Tout le monde peut voir à l'intérieur de moi » (cité par Tinguely, 2005).

En général, les gens identifient et apaisent assez vite leurs émotions. Au contraire, la personne atteinte d'un BPD est incapable de les gérer et peut ressentir un désarroi profond ; le retour à un état normal est très lent.

Selon Cousineau & Young (2005, p.55) : « Tout clinicien intervenant auprès de ces patients observe régulièrement des changements abrupts d'humeur ou d'attitudes d'un entretien à l'autre, si ce n'est au cours du même entretien ». Ils ajoutent que le patient atteint de BPD éprouve régulièrement des sentiments de colère envers son thérapeute. Celui-ci peut, à son tour, ressentir des sentiments de frustration et de colère (Cousineau & Young, *ibid.*). Le soignant doit donc être attentif à ses propres réactions et veiller à ce qu'elles soient équilibrées.

Bellucci renforce cette idée. « Les émotions émanant du patient peuvent susciter des mouvements de rejet, blesser l'amour propre du soignant » (2009, p.31). Dans son article, le témoignage d'une infirmière est relaté : « Marc a le don de déclencher chez moi rejet, exaspération, intolérance et frustration, comme dans son entourage familial, social et institutionnel » (Bellucci, *ibid.*, p.30). Et encore : « Je me sens malgré moi sur la défensive. Je me crispe. Je sens monter en moi un début d'agacement mêlé à de la gêne (...) Je sais en mon for intérieur que je n'adopte pas la bonne attitude mais je me sens prise au piège comme un animal avec sa proie » (Bellucci, *ibid.*, p.29). Dans cet

extrait, il est mis en évidence l'importance de reconnaître ses propres affects sans en éprouver de la culpabilité.

Par leurs tentatives ou menaces répétées de suicide, l'hostilité et la colère, les patients atteints d'un BPD confrontent les cliniciens à leurs propres limites, non seulement en tant que professionnels, mais en tant qu'êtres humains (Boriceanu, 2005). Les tentatives de manipulation et de transgressions du cadre thérapeutique déclenchent chez le clinicien des réactions émotives intenses. « Le risque est alors que la relation thérapeutique se transforme en confrontation et perde son caractère empathique, chaleureux et collaboratif ». (Boriceanu, *ibid.*, p.43)

Dans ce même article, Boriceanu (*ibid.*) évoque les éléments suivants pour pallier aux difficultés majeures dans la prise en charge des patients atteints de BPD : prendre conscience de ses propres réactions émotionnelles fortes, afin d'éviter de reproduire un processus de rejet envers le patient. D'autres compétences peuvent être développées : savoir travailler en équipe, consulter des collègues ou « passer la main » en cas de difficultés à maintenir le cadre. Le but est de ne pas se laisser enfermer dans une relation viciée.

2.2 Alliance thérapeutique

Le concept de l'alliance thérapeutique est dû à Freud (1913), qui le définissait ainsi : « Compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse » (cité par Cottraux, 2011).

Pour Travelbee (1971, cité par Townsend, 2004, p.91) :

Créer l'alliance, c'est établir un climat d'entente fondé sur la connaissance et l'appréciation mutuelle de l'unicité de l'autre. C'est savoir s'arrêter pour appréhender l'autre en tant qu'être humain, pour apprécier la révélation mutuelle de chacune des personnes.

Selon Corbière et al. (2006), le rôle bénéfique d'une alliance entre les thérapeutes et les clients dans le processus psychothérapeutique est maintenant largement reconnu. Au fil des ans, le concept de l'alliance a porté de nombreuses appellations telles que « therapeutic alliance », « helping alliance » et « working alliance » ; ces termes font

référence à l'expérience du patient avec le traitement, ainsi qu'à la relation avec le thérapeute. Celle-ci est considérée comme aidante ou potentiellement aidante pour l'atteinte des objectifs du patient.

Le noyau de la théorie sur l'alliance de Bordin (1979) réside dans l'accent mis sur l'importance de la collaboration entre le patient et le thérapeute, avant d'entreprendre des changements thérapeutiques. Ce processus d'alliance est donc interactif, chaque acteur se concentrant sur le traitement tout en établissant un lien mutuel.

Selon Gaston (1990, cité par Corbière, 2006), l'alliance a trois fonctions dans la thérapie :

- l'alliance est thérapeutique en elle-même.
- l'alliance est une condition essentielle à l'efficacité des interventions thérapeutiques.
- l'alliance interagit avec divers types d'interventions thérapeutiques.

Beutler (2000, cité par Corbière et al., 2006) soutient la première fonction, mentionnée ci-dessus, comme étant la condition sine qua non d'un traitement thérapeutique optimal. Plus précisément, il affirme que : «Le changement thérapeutique est le plus élevé lorsque le thérapeute est habile et peut promouvoir la confiance, l'acceptation, la reconnaissance, la collaboration et le respect du patient dans un environnement qui à la fois gère les risques et offre une sécurité maximale» (Beutler, 2001).

L'alliance thérapeutique est, selon Bordin (1979), un concept composé de trois éléments : l'harmonie, la collaboration et l'interdépendance entre le patient et le thérapeute. Bordin ajoute que si une alliance thérapeutique se crée, le patient et le thérapeute s'accordent sur les buts de la relation, les tâches à accomplir et les liens. Les « buts » sous-tendent que le traitement est fondé sur un accord mutuel selon lequel le patient vise à apaiser son stress, ses frustrations et ses insatisfactions. Le but du traitement est donc d'étudier, de rectifier ou d'améliorer l'accompagnement du patient en lien avec ses souffrances (Bordin, *ibid.*). La « tâche » se rapporte à un accord établi entre le thérapeute et le patient sur ce qui doit être accompli, qui comprend un contrat de consentement ; ils doivent donc collaborer. Enfin, le « lien » se rapporte à la

relation établie entre le thérapeute et le patient. La confiance est un élément essentiel à cette relation thérapeutique.

Dans la conclusion de leur étude, Corbière et al. (2006) soulignent l'importance de la dimension affective du lien afin de développer une bonne alliance thérapeutique. Sans cette dimension affective, la compréhension mutuelle et la confiance entre le client et l'infirmière serait impossible à construire. En conclusion, l'alliance thérapeutique ne peut qu'être le résultat d'un investissement mutuel du patient et de l'infirmière.

Mehran (2006) insiste également sur le fait qu'une bonne alliance thérapeutique est une condition fondamentale pour une thérapie efficace. Face à des patients borderline envahis par des sentiments négatifs, il est nécessaire d'établir une relation thérapeutique qui repose sur la confiance et l'acceptation. La nécessité d'établir un contrat thérapeutique clair y est décrite. Un accord doit être établi entre le patient et le thérapeute pour définir le rôle de chacun et définir les objectifs de la thérapie. Dans ce contrat, sont amenés les préoccupations, les soucis et les conflits du patient, tandis que le thérapeute offre son expertise, empreinte de respect et d'empathie. Ce type de relation permet de créer un climat sécurisé dans lequel le patient peut apprendre à réguler ses émotions. Young ajoute même le terme de rematernage limité où le soignant propose un attachement sécurisé au patient (cité par Mehran, 2006).

D'autres concepts permettent de favoriser un environnement dans lequel règnent la sécurité et l'acceptation. « Une bonne écoute, la sincérité, l'acceptation du patient, l'absence de jugement et enfin, un sens de l'humour sont essentiels pour travailler avec des patients borderline » (Mehran, 2006, p.145).

L'empathie est la faculté de comprendre sincèrement l'autre personne : ce qu'elle éprouve, ce qu'elle ressent profondément. L'infirmière peut ainsi inciter le patient à explorer ses sentiments (Townsend, 2004). Dans son ouvrage, Morasz dit ceci au sujet de l'empathie : « C'est donc une sorte de bienveillance professionnelle qui permet de pénétrer humainement dans l'univers de l'autre tout en gardant son sang-froid et objectivité » (2004, p.115). Dans ce même ouvrage, l'auteur évoque l'importance de l'authenticité. Elle permet de comprendre et d'aider l'autre en toute sincérité, à l'aide d'un discours vrai et adapté à la situation. L'idéal est de s'en servir afin de se maintenir

à la bonne distance, celle de la compréhension humaniste et structurante qui permet l'aide. « L'association de l'empathie et de l'authenticité fait ressentir rapidement au patient la valeur rassurante, humaine et vraie de la relation soignante » (Morasz, 2004, p.115).

Cottraux relate que certaines attitudes et conduites du thérapeute ont un effet bénéfique dans la relation au patient souffrant de BPD : « la force de persuasion, la possibilité de créer une atmosphère amicale, l'action antidémoralisatrice, la chaleur, l'empathie, l'authenticité des sentiments et la considération positive inconditionnelle du patient ont été invoquées » (2011, p.56).

Dans les ouvrages précités, la relation entre le patient et le « thérapeute » est souvent évoquée. Nous pensons que nombre de concepts et théories tels que l'alliance thérapeutique ont toute leur raison d'être et sont également appropriés pour le personnel infirmier. Celui-ci est souvent le premier impliqué dans la relation avec le patient souffrant du trouble borderline. Malgré les difficultés, il serait bon que le soignant essaie de préserver un lien de qualité au sein de cette alliance thérapeutique.

2.3 Thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique (TCD) de Marsha Linehan (Verheul et al., 2003, Linehan et al. 2006, cité par Woollaston & Hixenbaugh, 2008) a montré une baisse significative des comportements suicidaires en comparaison avec d'autres traitements. Des études de Linehan (1993, 1994, 1999) ont aussi montré une diminution de la fréquence et de la gravité des comportements suicidaires, des accès de colère ainsi que de la durée d'hospitalisation (Nollet, 2002, in Féline et al.).

Linehan, professeure de psychologie et professeure adjointe de psychiatrie et de sciences comportementales à l'Université de Washington, a développé la TCD. Il s'agit d'un programme de prise en charge et de traitement du BPD.

Cette approche est inspirée de différentes orientations thérapeutiques et philosophes : psychanalytique, comportementale et cognitive, systémique ainsi que bouddhiste zen (Mehran, 2006). La particularité de la TCD repose sur une conception bio-sociale du BPD. Ce terme se définit comme le dysfonctionnement du système de

régulation des émotions. Linehan accorde un grand rôle aux origines biologiques de la dysrégulation émotionnelle et reconnaît également que les problèmes des patients atteints de BPD sont liés à l'environnement.

Etant donné que l'auteure avait constaté certains paradoxes dans le traitement, elle a nommé son approche « dialectique ». D'après Ferrero (Linehan, 2000) : « Les processus dialectiques représentent la réconciliation des opposés en un processus continu de synthèse. La dialectique la plus fondamentale est la nécessité d'accepter les patientes telles qu'elles sont, dans un cadre où l'on cherche à leur enseigner une manière de changer... » (p.2). La dialectique serait, au fond, le fait de maintenir une tension permanente entre le changement et l'acceptation. L'acceptation de soi, la participation sociale et la construction d'une vie sont les objectifs de la TCD (Mehran, 2006).

La thérapie de Linehan repose à la fois sur une thérapie individuelle, une thérapie de groupe, l'établissement d'un contrat thérapeutique et des entretiens téléphoniques (Linehan, 2000).

En général, les contrats (Linehan, 2000, p.131) :

font l'objet d'une acceptation formelle dès les premiers entretiens et constituent les conditions sine qua non du traitement. Ils sont discutés et clarifiés dès les premières séances et le thérapeute cherche à obtenir de la patiente, au minimum un accord oral.

En ce qui concerne les consultations téléphoniques, elles ont pour objectif de généraliser les compétences acquises durant les thérapies de groupes et exercées durant les thérapies individuelles (Page, 2007). Elles sont un soutien du thérapeute pour aider le patient à franchir les situations de crise. La disponibilité du thérapeute est clarifiée au préalable.

Différentes stratégies sont utilisées en TCD, à commencer par les stratégies de validation (Mehran, 2006). Elles concernent les stratégies d'acceptation, appliquées aux domaines suivants : les stratégies de validation émotionnelle (créer des situations dans lesquelles le patient peut exprimer ses émotions et apprendre à les repérer), les stratégies de validation comportementale (le patient apprend à observer ses

comportements et à les noter) et les stratégies de validation cognitive (enseigner au patient à faire la distinction entre les faits et l'interprétation des faits). Tout au long de ces apprentissages, des stratégies d'encouragement sont prodiguées par les thérapeutes. En effet, les patients sont souvent fatigués et découragés de lutter. Par les encouragements, le clinicien peut leur exprimer qu'il croit en eux, en leurs capacités à réussir et à se construire une vie plus adaptée. Ensuite la thérapie propose des stratégies de « résolution de problèmes », en deux étapes. La première est de comprendre et d'accepter le problème, la seconde est d'apprendre à mettre en place d'autres solutions par rapport au problème actuel.

Cette approche comporte une tâche importante : celle de donner aux patients et à la famille des informations didactiques sur le BPD et les comportements qui y sont liés (Linehan, 2000). Du matériel tel que des livres peut leur être proposé pour que ces personnes comprennent bien la problématique.

La TCD propose également des procédures de changement. Dans son ouvrage, Mehran explique les procédures de gestion des contingences ainsi : « La façon dont le thérapeute agit et répond affecte le comportement, les émotions et les pensées du patient » (2006, p.102-103). Les procédures d'observation des limites sont essentielles dans la TCD. Et « Le respect de ces limites relève de la responsabilité du thérapeute et non de celle de la patiente » (Linehan, 2000, p.355).

Linehan parle ensuite des procédures d'entraînements aux compétences, que ce soit l'acquisition, le renforcement ou la généralisation des compétences. « Dans l'acquisition des compétences, le thérapeute enseigne de nouveaux comportements. Dans le renforcement des compétences et la généralisation, le thérapeute essaie aussi bien d'affiner les comportements performants que d'augmenter la probabilité que la personne les utilise dans les situations adaptées » (ibid., p.367). De plus, les patients ayant un BPD ont très peur de leurs émotions, en particulier de celles qui leur sont douloureuses (peur, culpabilité, honte et colère). Par conséquent, Linehan a développé une thérapie reposant sur l'exposition (cité par Mehran, 2006). Le patient est exposé aux situations qui provoquent des émotions désagréables dans le but d'apprendre à ne pas les inhiber.

Les supervisions d'équipe font partie intégrante de la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2000). Etant donné les difficultés à travailler avec les patients souffrant d'un BPD, des supervisions sont proposées aux thérapeutes afin d'évacuer leur stress. Dans la préface du livre de Linehan (2000), Ferrero conforte cette vision car il souligne que les thérapeutes prenant en soin de tels patients ont besoin de soutien. Lors de supervisions, sont appliqués les mêmes principes et stratégies que ceux utilisés pour les patients (Page, 2007), ceci dans le but d'éviter l'épuisement du thérapeute.

Nous avons fait le choix de nous intéresser davantage à cette thérapie pour les raisons suivantes : elle semble avoir non seulement amélioré les comportements suicidaires, mais également la régulation des émotions du patient ainsi que les relations intersubjectives. En effet, Linehan ne se contente pas d'apporter une approche pertinente et une compréhension du BPD, elle propose une réflexion sur les comportements du thérapeute et sur la manière d'améliorer ses compétences. Nous pouvons y trouver des pistes de réflexion pour améliorer la pratique infirmière et la relation avec les patients souffrant du trouble borderline.

3. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous avons choisi d'exposer la méthode utilisée pour réaliser ce travail. Nous expliquerons le choix d'une revue de littérature étoffée. Puis nous détaillerons les étapes méthodologiques que nous avons suivies, ainsi que les termes MESH et les banques de données utilisées pour réaliser ce document.

3.1 Intérêt de la revue de littérature étoffée

Ce type de devis est essentiel pour les infirmières qui désirent effectuer un travail fondé sur « des résultats probants » (Loiselle, 2007, p.138). En effet, il permet de faire une synthèse de l'état des connaissances sur un sujet donné et de « cerner les lacunes » (Loiselle, *ibid.*, p.138) afin de mieux cibler les recherches visant à améliorer la pratique professionnelle. En effet, d'une revue de littérature peuvent émerger des « programmes de formations en sciences infirmières » (Loiselle, *ibid.*, p.139) et des interventions cliniques basées sur leur efficacité dans la pratique.

Dans notre travail, le but est d'améliorer les attitudes des soignants afin d'offrir une meilleure prise en charge aux patients atteints d'un BPD.

3.2 Etapes de la revue de littérature

Pour effectuer cette revue de littérature, nous avons commencé par rechercher des études scientifiques issues de différentes bases de données. Nous avons donc consulté les bases de données du Consortium santé et avons effectué différentes recherches dans PsycInfo et PubMed / Medline. Des termes MeSH nous ont permis d'affiner la question de recherche, ainsi que les objectifs de notre travail. Au départ, nous avions un objectif supplémentaire : connaître les émotions que le patient atteint d'un BPD suscite chez les soignants. Après avoir fait des recherches, nous avons observé que cet aspect avait déjà été abondamment traité dans la littérature. Nous avons donc décidé de l'exclure des objectifs. Les critères d'inclusion et d'exclusion préétablis nous ont également permis de cibler les études. Afin d'obtenir un maximum d'articles, nous avons aussi adopté des stratégies de recherche personnelles, en lançant des recherches sans termes MeSH (par exemple Therapeutic alliance, Helping alliance, Working alliance) ou en écrivant des mots-clés sur Google directement. Lorsque des articles semblaient répondre à nos objectifs, nous avons aussi été attentives à regarder les « related citations » dans PubMed afin d'élargir les résultats.

Pour effectuer un premier tri, nous avons lu les résumés. A partir de là, nous avons essayé d'obtenir les articles en « full-text ». Pour ce faire, nous nous sommes basées sur le document « Comment obtenir un article 'full-text' ? » (Sciboz & Hänni, 2011). Nous sommes donc passées par toutes les étapes jusqu'à la cinquième qui consiste à contacter directement les auteurs afin d'obtenir gratuitement les études. Avec satisfaction, nous avons reçu une réponse positive de la part de plusieurs d'entre eux.

Les recherches sélectionnées ont été analysées à l'aide d'une grille de lecture critique (Annexe D). Nous y avons intégré nos commentaires et nous avons évalué la méthodologie utilisée pour chacun des articles retenus. Puis nous avons établi un tableau de synthèse des études retenues (Annexe E). A ce stade, nous avons éliminé l'étude 5 pour un manque de rigueur méthodologique.

3.2.1 Termes MeSH

A partir de Pubmed / Medline, nous avons utilisé les **termes MeSH** suivants :

- **Borderline personality disorder** Trouble de la personnalité borderline
- **Nurs***

En recherchant ce terme sur MeSH, nous trouvons 145 termes MeSH. Nous en avons donc sélectionné 10 : nursing, nurses, nurse's practice patterns, nurse-patient relations, nurse's role, occupational health nursing, nursing supervisory, evidence-based nursing, nursing staff hospital, nursing care ; qui nous ont semblé les plus pertinents.

- **Nurse-Patient Relations** Relations infirmière-patient
- **Health Knowledge, Attitudes, Practice** Connaissances, attitudes et pratiques de santé
- **Attitude of Health Personnel** Attitude du personnel de santé
- **Education** Formation
- **Health Personnel** Personnel de santé
- **Inservice Training** Formation au sein des institutions

3.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Certains critères nous ont permis de faire une recension d'écrits la plus ciblée possible.

Les critères d'inclusion sont :

- Des personnes adultes atteintes du trouble de la personnalité borderline.
- Des études faites entre 2002 et 2012.
- Des recherches en anglais et en français.
- Des études qui évoquent des stratégies pour améliorer la prise en charge des patients atteints de BPD.
- Des études qui évoquent des stratégies pour améliorer la relation et l'alliance thérapeutique avec ces patients.
- Des études parlant du rôle infirmier ou de compétences infirmières.

Pour les critères d'exclusion, nous avons éliminé :

- Les études ne traitant pas du trouble de la personnalité borderline.
- Les études dans lesquelles il n'y a pas d'infirmières dans l'échantillon.
- Les études au-delà de dix ans.

3.3 Stratégies de recherche

Afin de trouver des études qui répondent à notre question de recherche, nous avons utilisé 9 stratégies qui se sont révélées fructueuses (Annexe F). Les recherches ont toutes été puisées dans la base de données de PubMed / Medline. Les stratégies 1 à 6 ont été faites avec des termes MeSH. Les stratégies 7 à 9 ont été réalisées avec des stratégies personnelles qui consistaient à regarder les « related citations » des articles pertinents. Finalement, nous avons retenu 18 articles pour répondre à notre question de recherche.

4. Résultats

Dans notre revue de littérature étoffée, nous avons retenu 18 études pour répondre à notre question de recherche. Parmi celles-ci, 12 sont quantitatives, quatre sont qualitatives et deux sont mixtes (qualitatives et quantitatives). Nous avons choisi des études qui parlent essentiellement des infirmières, mais certaines incluaient non seulement des infirmières mais également d'autres professionnels du domaine médico-social. Une particularité des études 2 et 17 est que la population comprend des patients. Leurs points de vue apportent un regard complémentaire à celui des professionnels. Cet aspect nous semble riche et ajoute de la valeur à nos résultats. Dans ces études est souvent évoqué le terme de clinicien. Il comprend les professionnels des domaines de la santé infirmiers, paramédicaux et médicaux.

Une fois nos articles choisis et traduits ainsi que nos grilles remplies, nous avons fait une relecture attentive de toutes les grilles afin d'en extraire les catégories principales. Nous avons ensuite utilisé la fonction « Rechercher » de Microsoft Word en y introduisant les mots qui correspondent à nos catégories, par exemple : formation, soutien, supervision, émotion, partenariat,... Grâce à cette méthode, nous avons pu identifier les recherches qui abordaient les mêmes thématiques. Cette démarche nous a permis de répertorier les 6 catégories suivantes, « n » indiquant le nombre d'études auxquelles nous nous sommes référées :

- **Formations (n=13) :**
 - Formations postuniversitaires (n=2)
 - Formations spécifiques sur le BPD (n=8)
 - Différentes approches thérapeutiques (n=4)

- Principes d'apprentissage (n=4)
- Formations répétées et régulières (n=4)
- **Supervision et soutien (n=9) :**
 - Supervision (n=5)
 - Soutien par des tiers (n=1)
 - Soutien par des pairs (n=2)
 - Emotions (n=4)
- **Influence des perceptions (n=9) :**
 - Attributions causales (n=2)
 - Perceptions et préjugés (n=4)
 - Optimisme et espoir (n=4)
- **Relation de qualité (n=8)**
 - Compétences relationnelles des cliniciens (n=7)
 - Limites (n=4)
- **Partenariat infirmière-patient (n=5)**
 - Contrat et négociation (n=2)
 - Soins individualisés (n=3)
 - Informations aux patients et aux proches (n=3)
- **Structures et organisation (n=7)**
 - Organisation et services spécialisés (n=5)
 - Guidelines (n=2)
 - Cadre légal (n=2)

4.1 Formations

De nombreuses études évoquaient les formations comme suggestion pour améliorer la pratique professionnelle. Nous avons donc décidé de faire des sous-chapitres dans cette thématique, tant elle nous a paru dense.

Dans l'étude de Cleary, Siegfried & Walter (2002), 29% des cliniciens pensent que le manque de formation ou de compétences peut expliquer une mauvaise gestion des patients souffrant de BPD. Koekkoek, Van Meijel, Shene & Hutschemaekers (2009) confortent cette idée : les experts en santé mentale ont évoqué le manque de compétences thérapeutiques dans leur recherche. Il serait donc impérieux d'améliorer les connaissances et les compétences de tous les professionnels de santé mentale au sujet du BPD et aussi d'améliorer l'empathie envers ces patients (Commons Treloar, 2009). En outre, de nombreux participants ont indiqué qu'ils étaient intéressés à recevoir plus de formation sur la façon de travailler avec les patients borderline (Cleary et al., 2002, Hazelton, Milner & Rossiter, 2006, James & Cowman, 2007, Bodner,

Cohen-Fridel & Iancu, 2011). Certaines études ont également relevé la nécessité pour les praticiens de recevoir des formations continues, pratiques et théoriques, concernant la gestion de ces clients (Cleary et al., 2002, Markham et Trower, 2003, James et Cowman, 2007).

Formations postuniversitaires

Chez les cliniciens, le nombre d'années d'études supérieures s'est avéré avoir une relation positive statistiquement significative dans les attitudes envers les personnes atteintes de BPD (Commons Treloar & Lewis, 2008, Purves & Sands, 2009). La formation postuniversitaire peut aider à la compréhension des comportements de ces patients et de leurs modes de vie, dans le sens où elle donne un cadre conceptuel ; elle permet aussi aux cliniciens d'acquérir une meilleure vision de la personne dans son entier. Les cadres conceptuels permettent au clinicien en santé mentale de comprendre, d'établir des stratégies et de planifier des interventions cliniques (Purves & Sands, *ibid.*). Cependant, Commons Treloar & Lewis (2008) ont observé que les différences, entre les scores d'attitude des participants qui avaient une formation hospitalière, des études universitaires ou des études postuniversitaires, étaient statistiquement non significatives.

Formations spécifiques sur le BPD

Les résultats de plusieurs études montrent qu'une formation pratique et théorique spécifique sur le BPD peut contribuer à améliorer les attitudes des professionnels envers ces patients (Krawitz, 2004, Hazelton et al., 2006, Krawitz & Jackson, 2007, Commons Treloar & Lewis, 2008, Commons Treloar, 2009). Plusieurs auteurs encouragent plus de formations, pratiques et théoriques, en particulier pour les infirmières, qui travaillent en première ligne avec ces patients dans les services de santé mentale (Bodner et al., 2011, McGrath & Dowling, 2012) ; les participants à l'étude de McGrath & Dowling (2012) les ont nommées comme étant les moyens les plus probables pour améliorer les soins avec cette population. Dans l'étude de Cleary et al. (2002), 76% des participants suggèrent des ateliers d'entraînements des compétences. James & Cowman (2007) appuient cette idée. Un exemple d'atelier de formation, développé par Krawitz (2004), visait à fournir aux participants un cadre solide et pratique pour encourager des sentiments de compétence chez le clinicien.

L'atelier abordait les compétences générales en santé mentale et les connaissances existantes telles que la gestion de cas, la crise, la réhabilitation, la psychothérapie de soutien et la formation professionnelle à partir de psychothérapies psychodynamiques, cognitivo-comportementales et de gestion relationnelle.

Ces formations permettent une meilleure connaissance du trouble borderline. Prendre conscience que des histoires d'abus dans le passé peuvent être à l'origine d'un comportement perturbé peut prévenir le développement d'attitudes négatives chez les soignants (James & Cowman, 2007). Des connaissances au sujet de l'étiologie du BPD, la forte incidence des traumatismes et les descriptions des patients au sujet de leur détresse accablante pourraient également aider à être empathique (Krawitz, 2004). Ces auteurs suggèrent qu'une formation du personnel pourrait être réalisée dans ce domaine.

Selon Commons Treloar & Lewis (2008), la formation sur le BPD qu'ils ont testée a eu un fort impact sur la confiance des cliniciens dans l'évaluation et l'orientation des patients borderline et sur une meilleure capacité à les gérer efficacement. D'après les résultats de son étude, Krawitz (2004) a émis l'hypothèse que des cliniciens qui se sentent sûrs de leurs connaissances, de leurs compétences et qui sont positifs auront de meilleurs résultats thérapeutiques pour leurs patients.

Différentes approches thérapeutiques

Dans l'étude de Bodner et al. (2011), un pourcentage élevé de participants, dans chacun des 3 groupes (infirmières, psychologues et psychiatres), a signalé le manque d'études formelles sur la thérapie comportementale dialectique (TCD). De plus, les infirmières, de l'étude de James & Cowman (2007), ont nommé cette approche comme une ressource pour une meilleure prise en charge des patients atteints d'un BPD.

Hazelton et al. (2006) ont évalué une formation du personnel sur la TCD. Leur échantillon comprenait 66,7% d'infirmières. Ils ont conclu que cette formation de deux jours constituait une base solide. Les principes de la TCD ont permis une évolution vers des perspectives thérapeutiques plus optimistes avec une amélioration des attitudes et des connaissances du personnel à propos des patients atteints de BPD. La TCD a été considérée comme ayant donné une structure et une logique. L'étude a mis en

évidence un changement positif dans les attentes du personnel vis-à-vis de ce qui peut être réalisé lorsque l'on travaille avec des personnes ayant un BPD.

Une autre étude, de Commons Treloar (2009), a comparé deux types de formation. Le programme de formation cognitivo-comportemental comprenait une approche de TCD ; trois études de cas ont permis d'illustrer l'utilisation des comportements d'automutilation comme un moyen de moduler les expériences affectives difficiles chez les patients en raison d'un processus d'invalidation dans leur enfance. Le programme d'éducation psychanalytique a utilisé ces trois études de cas pour illustrer ces comportements comme un processus permettant de se décharger d'un sentiment de culpabilité inconscient. Les résultats montrent que les deux concepts semblent être en mesure d'améliorer les attitudes des cliniciens. Cependant, les auteurs ont souligné qu'après six mois de suivi, l'amélioration statistiquement significative dans les scores d'attitude a été maintenue uniquement pour le groupe psychanalytique (Commons Treloar, *ibid.*). Ces résultats suggèrent que les cliniciens qui reçoivent une éducation sur les processus inconscients qui sous-tendent l'automutilation peuvent développer une plus grande capacité d'empathie avec les difficultés inhérentes aux patients.

Principes d'apprentissage

Certaines formes d'apprentissage peuvent, selon les auteurs, expliquer l'impact positif des formations. Dans l'étude de Krawitz (2004), une hypothèse est que le style interactionnel a aidé les participants à rester engagés. Les participants ont d'ailleurs évalué l'atelier comme étant très pertinent pour leur travail clinique. Une autre hypothèse est que le style interactionnel a permis un changement d'attitude. La formation, dans l'étude d'Hazelton et al. (2006), a intégré les principes d'apprentissage pour adultes, avec un fort accent mis sur les techniques d'apprentissage par l'expérience. Les résultats indiquent qu'un programme de formation basé sur des données probantes, en conjonction avec des techniques d'apprentissage pour adultes, a eu un impact positif, permettant des perspectives thérapeutiques plus optimistes.

En 2007, Krawitz & Jackson ont évalué l'apport d'un patient-formateur lors d'un atelier de formation. Après l'atelier, 100% des participants ont évalué de façon positive la contribution du présentateur-patient. Ils ont évalué la formation présentée

conjointement plus positivement qu'une formation présentée par un clinicien uniquement ou par un patient uniquement. Cette formation permet aux soignants de mieux connaître la perspective du patient souffrant de BPD et le caractère humain de ces personnes ; de plus, il offre un modèle de collaboration et de suggestions cliniques pratiques (Krawitz & Jackson, 2007). Ceci a un impact positif sur les attitudes et diminue les stéréotypes négatifs envers les personnes souffrant de BPD. Dans une recherche, Krawitz (2004) a intégré des vidéos dans lesquelles des anciens patients ont témoigné. Leurs déclarations sur les principes de traitements efficaces peuvent avoir été un facteur contribuant au changement d'attitude des cliniciens. Les patients ont parlé de leur passé et de leur présent ; ils ont évoqué de bons résultats thérapeutiques et ont ainsi donné une lueur d'espoir et d'inspiration.

D'après Fallon (2003), la formation du personnel par des intervenants clés a permis d'améliorer la cohérence des soins dans les services psychiatriques. Ils ont été définis comme du personnel expérimenté hautement qualifié, tels que des psychologues ou des psychiatres ; ils ont apporté des commentaires à l'équipe de soins, permettant une prise de conscience de la relation entre le comportement actuel d'une personne borderline et les événements passés. Cela a contribué à une meilleure compréhension du BPD ainsi qu'à de meilleures pratiques.

Formations répétées et régulières

Dans l'étude de Cleary et al. (2002), 74% des cliniciens souhaitent une formation régulière au sein des services pour les aider à prendre en charge les patients avec un BPD. Dans leurs résultats, James & Cowman (2007) ainsi que Commons Treloar & Lewis (2008) confortent cette idée. Le but est de faciliter les réponses empathiques envers les patients borderline, d'améliorer et de maintenir les attitudes positives des cliniciens envers ces patients (Commons Treloar & Lewis, *ibid.*). Les résultats de l'étude de Commons Treloar (2009) suggèrent également que l'accès régulier à une telle formation peut aider à maintenir une attitude positive. En effet, 6 mois après la formation, une légère baisse des scores d'attitude a été observée pour le groupe psychanalytique et, dans le groupe cognitivo-comportemental, l'amélioration statistiquement significative dans les scores d'attitude n'a pas été maintenue.

4.2 Supervision et soutien

Selon deux études, des supervisions cliniques sont suggérées comme méthode pour aider le personnel à s'adapter aux exigences des services de santé mentale, y compris celles de travailler avec des patients borderline, considérés comme difficiles (Cleary et al., 2002, James & Cowman, 2007).

Supervision

Les experts en santé mentale, dans l'étude de Koekkoek et al. (2009), ont distingué divers moyens pour offrir un soutien aux professionnels : un soutien direct (par exemple, la supervision) ou un soutien indirect (par exemple, des guidelines de soins, un cadre théorique pour la compréhension des comportements des patients). D'autres études ont également abordé la nécessité de supervisions. Purves & Sands (2009) ont souligné la nécessité d'élaborer un modèle durable de supervision clinique pour les cliniciens. Hazelton et al. (2006), dans leur formation sur la TCD, insistent sur la participation à des supervisions tenues chaque semaine, ce qui permet au personnel de continuer à améliorer ses compétences comme thérapeute.

Une nuance est apportée par James & Cowman (2007). Les participants à leur étude ont évalué la supervision et le soutien d'équipe comme l'une des ressources les moins utiles. Seuls 35,1% ont dit que c'était une ressource pour améliorer les soins. La raison, selon les auteurs, peut être le manque d'une culture de supervision parmi les infirmières en santé mentale irlandaises de leur étude.

Soutien par des tiers

Une constatation de l'étude de Forsyth (2007) indique que les représentations erronées, qui habitent souvent le clinicien, ne sont pas favorables à la relation thérapeutique. Les auteurs proposent donc une personne intermédiaire, extérieure à l'équipe de soins, qui peut mettre en doute ces processus de réflexion et aider à rechercher les facteurs qui influencent ces représentations.

Soutien par des pairs

Pour six infirmières, participant à l'étude de Ma et al. (2009), les résultats thérapeutiques positifs pour des patients souffrant de BPD dépendaient du soutien des

membres de l'équipe soignante. Ce soutien comprenait des discussions sur les patients souffrant de BPD et une collaboration sur les plans de soins ainsi qu'un soutien émotionnel réciproque. Elles ont aussi relaté l'apport d'infirmières expérimentées qui avaient des expériences de soins positives ; elles décrivent qu'elles ont été des aides actives et ont favorisé un environnement de travail positif. Fallon (2003) a ajouté qu'une approche d'équipe, qui inclut des discussions régulières d'interventions, pourrait aider à soigner des personnes atteintes de BPD.

Emotions

Dans les interactions avec les patients borderline, les professionnels se sentent tout à fait impuissants et peuvent même se sentir démoralisés (Koekkoek et al., 2009). Ces sentiments peuvent entraîner des comportements non thérapeutiques. Les auteurs conseillent donc d'accorder plus de temps pour une réflexion sur les sentiments et sur les attitudes personnelles. Les résultats de l'étude de Forsyth (2007) évoquent des réactions de colère au sein du personnel, plus probables au contact des patients borderline. Ces conclusions confirment le besoin de développer des cadres de réflexion afin de comprendre les émotions que les travailleurs en santé mentale expérimentent avec ces personnes.

Ma, Shih, Hsiao, Shih & Hayter (2009) ont rapporté que les infirmières en santé mentale ont peut-être moins de stress si elles partagent leurs sentiments avec d'autres et si elles demandent de l'aide quand cela est nécessaire. Ces résultats illustrent aussi l'importance d'une supervision clinique efficace, au sein d'un climat de travail de soutien, qui permet aux praticiens d'exprimer leurs sentiments et attitudes qui peuvent affecter les soins. Dans deux études (Krawitz, 2004, Krawitz & Jackson, 2007), des ateliers de formation ont intégré les émotions des cliniciens. Les auteurs ont souligné l'importance de surveiller et de gérer les émotions de ces derniers.

4.3 Influence des perceptions

Le problème le plus important souligné dans l'étude de Koekkoek et al. (2009) est une attitude pessimiste des professionnels envers les patients et les traitements. Selon Ma et al. (2009), ces attitudes négatives affectent les conceptions des infirmières concernant les patients souffrant de BPD et les résultats de soins pour ces patients. La

reconnaissance des attitudes négatives comme des obstacles à des soins de qualité, les initiatives de formation et de gestion clinique sont des moyens d'améliorer l'optimisme thérapeutique (Purves & Sands, 2009).

Attributions causales (Annexe G, recherche 11)

Dans l'étude de Markham & Trower (2003), les résultats ont fortement soutenu l'hypothèse selon laquelle le personnel perçoit les patients avec une étiquette de BPD comme ayant plus de contrôle sur les causes des événements négatifs, en comparaison avec les patients souffrant de schizophrénie ou de dépression. Il est donc plus probable que le personnel évalue négativement la personne atteinte de BPD. Forsyth (2007) illustre cela en montrant la tendance à avoir des scores de colère plus élevés pour chaque diagnostic en cas de dimensions stables et contrôlables. En raison de ces facteurs, le diagnostic de BPD a engendré plus de colère, moins d'aide et moins d'empathie par rapport au diagnostic du trouble dépressif majeur auprès des soignants.

Un moyen de modifier la sympathie du personnel envers les patients atteints de BPD et de contrer leurs expériences négatives peut donc être de modifier les attributions de contrôle, par l'intermédiaire de supervisions et de formations (Markham et Trower, 2003). Selon Forsyth (2007), il serait intéressant de développer une meilleure compréhension des croyances des travailleurs en santé mentale à l'égard des patients difficiles. Le fait d'agir sur ces croyances, qui peuvent interférer avec l'alliance thérapeutique, peut aider à illustrer le besoin d'une formation supplémentaire et de supervisions au sujet de ces pensées.

Perceptions et préjugés

Dans l'étude de James & Cowman (2007), 80% des infirmières croient que les clients avec un BPD sont plus difficiles à soigner que d'autres clients. Plusieurs auteurs ont proposé différentes pistes pour aider à la prise en charge de ce type de patients. James & Cowman (2007) suggèrent que voir les patients avec un BPD comme étant psychologiquement malades et traitables peut aider à maintenir la sympathie, l'enthousiasme et l'optimisme du personnel. Pour ce faire, Purves & Sands (2009) expliquent qu'il devrait y avoir une certaine compréhension des comportements des

personnes et de leurs modes de vie ; la formation postuniversitaire peut aider à cette compréhension. Dans leur étude, une corrélation a été faite entre des niveaux plus élevés de formation et des attitudes plus positives envers les patients atteints d'un BPD.

Comme en témoigne les études abordées dans le chapitre des formations, une amélioration des attitudes envers les patients borderline peut être obtenue grâce à une formation clinique ciblée sur le BPD. L'atelier de formation de la recherche de Krawitz (2004) a montré que même une formation de courte durée (deux jours) peut aider le clinicien à positiver et à changer ses attitudes. Un changement d'attitude peut avoir un impact positif tant sur les soignants que sur les patients souffrant de BPD. Par exemple, dans l'étude de Krawitz (2004), il est relaté que les attitudes positives du clinicien diminuent l'automutilation et les pensées suicidaires chez les patients. Et, dans l'étude de Cleary et al. (2002), il est relevé qu'au sein du personnel les attitudes positives peuvent également maintenir l'enthousiasme et la confiance dans leurs capacités. Une autre étude (Ma et al., 2009) révèle que les attitudes encourageantes des infirmières en santé mentale à l'égard de leurs patients souffrant de BPD ainsi que le soutien actif l'équipe ont influencé positivement l'issue des soins pour cette population particulièrement difficile.

Optimisme et espoir

Markham & Trower (2003) définissent l'optimisme comme étant le fait de croire en la possibilité d'un changement de comportement. Dans leur étude, le personnel infirmier a indiqué moins d'optimisme envers les patients ayant un diagnostic de BPD. Selon les auteurs, les expériences négatives des soignants avec les patients atteints de BPD sont inquiétantes ; elles sous-tendent la nécessité d'aborder de telles expériences dans le but d'atténuer leur impact négatif et d'augmenter l'efficacité d'un traitement. Ces mêmes auteurs disent que l'optimisme peut jouer un rôle important dans le travail avec des patients ayant reçu un diagnostic de BPD. Par conséquent, pour soutenir le personnel, il peut être utile de se concentrer sur l'optimisme dans un laps de temps en mettant l'accent sur des attentes initiales réalistes au sujet des résultats thérapeutiques.

L'atelier de formation de Krawitz (2004) visait à établir un espoir réaliste et un respect pour les patients. Les attitudes dénigrantes ont été traitées par des échanges sur les attentes et sur les difficultés des professionnels ainsi que par des propositions d'alternatives. Les commentaires des patients et des ex-patients, au moyen de vidéos et de littérature, ont donné aux cliniciens un point de vue positif du patient. Krawitz & Jackson (2007) ont demandé à des personnes d'exposer leur guérison de façon explicite par leur histoire personnelle. Ces témoignages pendant deux jours de formation ont inspiré un sentiment d'espoir. Les auteurs ont donc relevé qu'un présentateur-patient dans le rôle de formateur était une manière d'aider les cliniciens à se sentir plus optimistes de manière réaliste et capables de traiter des personnes souffrant de BPD.

Dans la recherche de Langley & Klopper (2005), la confiance ou croyance en l'autre personne était liée au concept de l'espoir. Une fois la confiance établie le patient commence à croire que le clinicien peut l'aider et cela est à la base d'une relation thérapeutique.

4.4 Relation de qualité

Compétences relationnelles des cliniciens

La relation infirmière-patient est essentielle pour que l'infirmière puisse offrir et le patient accepter des soins infirmiers de qualité (Langley et Klopper, 2005). Que ce soit de la part des cliniciens ou des patients qui ont participé à l'étude, la confiance a été décrite comme un élément fondamental, une exigence essentielle pour la création et le maintien de toute relation. Les patients ont nommé différentes conditions comme essentielles pour le développement de la confiance. Le clinicien doit être perçu comme une personne disponible et accessible, qui essaie de comprendre leur état d'esprit ou leurs émotions. Celui-ci devrait les écouter vraiment et les accepter tels qu'ils sont ; cela leur confère un sentiment d'être tenu et contenu. Ils se sentent ainsi émotionnellement et physiquement en sécurité (Langley et Klopper, *ibid.*). Les patients de deux études ont ajouté que le professionnel devrait posséder des qualités telles que l'honnêteté, l'empathie, la flexibilité et le respect (Fallon, 2003, Langley & Klopper, 2005). Il devrait considérer le patient comme une personne adulte, demeurer calme,

ne pas réagir outre mesure à une question débattue et maintenir la confidentialité (Langley & Klopper, 2005). C'est seulement lorsque le patient est convaincu que le clinicien est suffisamment expérimenté, professionnel, flexible et empathique, qu'il pourra être considéré comme digne de confiance et qu'une base pour le contrat thérapeutique pourra être établie. D'autres patients ont d'ailleurs relevé que la confiance prend du temps à se développer (Langley & Klopper, *ibid.*).

Une étude de Koekkoek et al. (2009) souligne que les patients ont de la difficulté à faire confiance à un thérapeute et ne peuvent le faire qu'après un certain temps, que les professionnels ont tendance à sous-estimer ; alors que les cliniciens, interrogés dans l'étude de Langley & Klopper (2005), ont décrit avoir conscience que la confiance prend du temps à se développer. Ils sont d'accord que celle-ci est une base pour la relation et ont souligné que le clinicien doit l'établir progressivement jusqu'à ce qu'une alliance thérapeutique soit fermement instaurée.

Les patients participant à l'étude de Fallon (2003) ont insisté sur le fait qu'ils ne demandaient pas une thérapie. Ils souhaitaient simplement être écoutés et que du temps ainsi qu'un soutien affectif leur soit octroyés. Des relations à long terme avec les professionnels de santé mentale ou avec des partenaires ont souvent contribué à favoriser des changements positifs. En période de crise émotionnelle, des contacts brefs et à court terme ont également été considérés comme contenant. Selon l'auteur, cela implique un rôle crucial pour le personnel infirmier qui possède les compétences en communication nécessaires pour fournir des contacts de soutien. Les compétences de base d'une communication thérapeutique ont été nommées par les patients de l'étude de Langley & Klopper (2005) : prendre soin, d'une façon proche, avec un intérêt et une préoccupation, juste être là.

Les patients de l'étude de Fallon (2003) ont insisté sur l'aspect relationnel en disant que les relations étaient l'élément le plus important et que le personnel infirmier a un rôle vital à jouer, en offrant par exemple des relations contenant. En outre, des praticiens ont soutenu l'idée que le traitement des patients borderline hospitalisés devrait combiner un soutien émotionnel, une attitude contenant ainsi qu'un traitement psychothérapeutique et pharmacologique (Bodner et al., 2011). Dans

l'étude de Ma et al. (2009), certains participants ont exprimé que des relations de soins satisfaisantes contribuaient à un important sentiment d'accomplissement professionnel.

Plusieurs études ont évoqué l'empathie des cliniciens dans leur recherche. McGrath & Dowling (2012) ont affirmé que comprendre davantage la complexité du BPD a pour conséquence un niveau plus élevé d'empathie. Dès lors, les infirmières sont plus à même de répondre aux patients atteints de ce trouble de façon thérapeutique et cohérente, sans colère, sans frustration et sans peur. La formation est donc encouragée par les auteurs. Mc Grath & Dowling (2012) se sont basés sur un tableau de Gallop et al. (1989) qui décrit trois niveaux d'empathie pour faire le constat suivant : la majorité des participants dans leur étude ont donné des réponses avec un faible niveau d'empathie. Ce niveau de réponse peut être un mécanisme de défense contre l'affect intense généré chez les infirmières par les patients atteints de BPD.

De plus, une étude de Bodner et al. (2011) a relevé une particularité : les femmes ont exprimé plus d'empathie que les hommes envers les patients borderline. Une autre étude corrobore cette observation (Commons Treloar & Lewis, 2008), en soulignant que le personnel de sexe féminin a rapporté des attitudes plus positives envers ce groupe de patients. Une stratégie d'enseignement pour améliorer les attitudes des cliniciens de sexe masculin est d'ailleurs suggérée dans cette étude : présenter des cas cliniques utilisant des patients borderline de sexe masculin.

Limites

D'abord, nous avons choisi d'exposer les points de vue des patients, ensuite ceux des cliniciens. Tous les patients ont admis qu'ils n'aimaient pas nécessairement les limites imposées mais qu'elles étaient utiles. Le fait de structurer la journée du patient et d'imposer des limites implique un holding physique et émotionnel, ce qui permet au patient d'expérimenter un sentiment de sécurité et d'être contenu (Langley & Klopper, 2005). Une relation contenante est un moyen de rassurer le client ; le clinicien est là pour aider le client à garder le contrôle. Les patients d'une autre étude (Fallon, 2003) ont conforté cette idée et ont dit se sentir plus en sécurité si leurs émotions étaient endiguées, contenues. De plus, les personnes qui ont été honnêtes avec eux et qui ont

établi des limites claires, sans être punitives ou jugeantes, ont été identifiées comme des personnes en qui ils pouvaient avoir confiance.

Dans l'étude de McGrath & Dowling (2012), le dernier thème identifié dans les résultats, « Limites et structures », se réfère aux besoins des soignants d'avoir des limites strictes lors d'interactions avec des patients borderline. Certains participants ont souligné la nécessité d'établir des limites également pour la sécurité des autres patients.

Dans une autre recherche (Langley & Klopper, 2005), les cliniciens ont souligné que la structure et le fait d'être contenu sont essentiels pour faire comprendre au patient sa responsabilité. De plus, les cliniciens ont souligné l'importance de maintenir des limites et d'être honnêtes avec le patient, de manière à ne pas être dépassés par les problèmes du patient et de prévenir la détérioration de la relation à cause d'un « burnout » du thérapeute. Des suggestions ont été faites quant à la façon dont le clinicien pourrait aider à les contenir et à avoir un self-contrôle ; aider le client à structurer son temps, négocier les limites, les barrières et la médication dont ils ont besoin étaient quelques-uns des moyens identifiés. Krawitz (2004) indique les bénéfices des limites ; cela diminue les risques d'hostilité du clinicien envers le patient et augmente le maintien d'une attitude chaleureuse et accueillante.

4.5 Partenariat infirmière-patient

Soins individualisés

Neuf infirmières ont rapporté que pour espérer des résultats thérapeutiques positifs, en plus des soins routiniers, elles proposaient des soins infirmiers individualisés sur la base des caractéristiques particulières de leurs patients (Ma et al., 2009). Les cliniciens de l'étude de Langley & Klopper (2005) ont souligné l'importance de connaître le patient ; l'anamnèse complète, la connaissance des forces du patient, les stratégies de coping ainsi que le réseau de soutien sont considérés comme essentiels. De plus, la recherche effectuée par Fallon (2003) relève que voir ces patients de façon holistique permet d'influer positivement sur la vie de ces patients.

Contrat et négociation

Quelques patients ont admis qu'un contrat qui détermine les limites à respecter, les tâches à entreprendre et les responsabilités dans un accord formel était utile, mais ils ont insisté sur le fait que les conditions du contrat doivent être négociées (Langley & Klopper, 2005). Le fait de négocier plutôt que d'imposer les limites a pour conséquence de considérer la personne comme un adulte. Les participants cliniciens ont également tous prôné l'utilisation d'un contrat pour renforcer le partenariat et la responsabilité du patient. Les patients ont d'ailleurs suggéré qu'un accord pouvait être établi pour contacter le thérapeute à des moments définis. En négociant quand et comment contacter leur conseiller, ils ont reconnu que celui-ci pouvait les rassurer et les aider à reporter l'envie irrésistible d'agir de façon impulsive. Une clinicienne a insisté pour inscrire dans le contrat les personnes ressources à contacter quand elle était soucieuse pour le bien-être du patient. Elle a soutenu que c'était une façon d'établir une relation formelle, de rassurer le patient sur la fiabilité du clinicien et de veiller à ce que le clinicien ait des personnes ressources à appeler en cas de crise.

Dans une autre étude (Fallon, 2003), les patients se sont sentis inclus dans les soins lorsque les objectifs étaient négociés. Lors de négociations ouvertes, les participants les ont ressenties comme étant productives. Ils se sont sentis inclus dans le processus décisionnel. Ils ont aussi fait émerger le besoin d'avoir une explication concernant le rôle des soignants qu'ils voyaient ou le but de leurs contacts avec eux.

Informations aux patients et aux proches

Dans l'étude de James & Cowman (2007), la grande majorité des infirmières ont indiqué qu'elles avaient un rôle important dans l'éducation des patients et de leurs familles (87,1%) et du personnel soignant (83,9%). Dans une autre étude (Cleary et al., 2002), 86% des participants ont également souligné cet aspect. Les infirmières de l'étude de Fallon (2003) ont non seulement rapporté une forte croyance selon laquelle l'éducation des patients et des familles faisait partie de leur rôle, mais également que ce rôle devait être soutenu et développé.

Certaines études ont insisté sur l'aspect du diagnostic. Les résultats de Bodner et al. (2011) ont souligné la nécessité d'un diagnostic précis comme étant une condition

nécessaire pour un traitement approprié. Bien qu'environ deux tiers des infirmières interrogées dans une étude (James & Cowman, 2007) croient que révéler le diagnostic aux patients atteints de BPD peut avoir un impact positif sur les soins, elles ont aussi indiqué qu'elles ne se sentaient pas à l'aise avec ce diagnostic. La réticence des professionnels à livrer le diagnostic aux patients est rapportée dans l'étude de Fallon (2003), alors que les patients interrogés dans la même étude ont exprimé un soulagement à l'annonce du diagnostic. Ils pensent qu'être informés sur leur diagnostic leur serait bénéfique. En effet, cela les a aidés à donner sens à leurs sentiments et à leurs comportements.

4.6 Structures et organisation

Organisation et services spécialisés

Plusieurs recherches ont indiqué des ressources pour la prise en charge de patients avec un diagnostic de BPD. Selon l'étude de Cleary et al. (2002), 80% des cliniciens aimeraient des informations pour savoir où orienter les clients et 70% souhaiteraient un service spécialisé pour ces patients. Les infirmières de l'étude de James & Cowman (2007) et celles de l'étude de McGrath & Dowling (2012) ont estimé qu'un service spécialisé pour les personnes atteintes de BPD serait le moyen le plus bénéfique pour améliorer les soins. D'autres ressources ont été énumérées par des infirmières (James & Cowman, 2007) : des protocoles standards, un service de liaison psychiatrique, une information sur les lieux où orienter les patients et un service mobile sur 24h. Les résultats de l'enquête de Cleary et al. (2002) ont également fourni des informations sur les besoins de développer des formations continues théoriques et pratiques en lien avec la répartition des services, tels que l'orientation des patients vers des spécialistes et vers des services spécialisés disponibles.

Les patients de l'étude de Fallon (2003) ont mentionné certaines stratégies qui les ont aidés à réduire leur détresse : la flexibilité et l'accessibilité des services (par exemple, la possibilité de contacter le service à toute heure du jour ou de la nuit) ainsi que des plans de soins flexibles (par exemple, des admissions facilitées et accélérées à l'hôpital). Ils ont également indiqué la possibilité d'avoir accès à un référent avec des qualités humaines, avec qui une bonne relation thérapeutique avait été établie. Ils ont

notamment relevé l'importance des contacts soutenus. Une étude souligne la problématique du manque de continuité du traitement pour les patients souffrant d'un sévère BPD (Koekkoek et al., 2009). Les experts de cette étude estiment que ces perturbations sont causées par les politiques de santé et le financement en constante évolution ; elles peuvent aussi être liées au cadre thérapeutique. Les moyens nommés pour améliorer les soins sont : le soutien de l'institution, l'accès à des traitements structurés et cohérents sur un long-terme, ainsi qu'une plus grande structure organisationnelle (par exemple, se partager les cas, avoir un accès plus facile aux spécialistes).

Guidelines

En l'absence de principes clairs pour les guider, les professionnels peuvent se sentir perdus avec ce type de patients (Koekkoek et al., 2009). Selon ces auteurs, des guidelines de soins peuvent offrir un soutien indirect. James & Cowman (2007) ont indiqué que des soins professionnels doivent être guidés pour permettre une cohérence d'équipe. En outre, 59,1% des infirmières de l'étude ont indiqué les protocoles standards comme ressource pour la gestion des patients avec un BPD.

Cadre légal

Dans l'étude de Krawitz & Batcheler (2006), les soignants sont décrits comme étant au cœur d'un système et cela influence leur pratique auprès du patient. La pratique défensive (Annexe G, recherche 3) est influencée non seulement par l'environnement proche du patient, mais également par un environnement plus large, tel que les supérieurs hiérarchiques, les médias, la législation et le système politique. 85% des participants ont donc affirmé qu'au cours de l'année précédente, ils avaient adopté une approche thérapeutique qui n'est pas dans le meilleur intérêt du patient, mais qui les protège contre les répercussions médico-légales.

Un écart a été constaté entre des pratiques optimales pour les patients avec un BPD et ce qui est fait en réalité (Krawitz & Batcheler, *ibid.*). Les cliniciens de cette étude perçoivent un manque de soutien pour les pratiques qui laissent place aux risques. Il faudrait donc répondre à cette inquiétude du clinicien en construisant de solides structures cliniques et organisationnelles et en explorant des solutions externes telles

que le cadre juridique. Selon l'étude de Krawitz (2004), une meilleure connaissance de l'environnement médico-légal peut diminuer l'anxiété du clinicien au sujet des possibles conséquences médico-légales.

5. Discussion

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord poser un regard critique sur les études retenues, puis nous allons critiquer la méthodologie utilisée. Nous poursuivrons par la discussion des résultats en lien avec les cadres conceptuels. Et nous concluons par la réponse à la question de recherche.

5.1 Regard critique sur les études retenues

Au final, nous avons retenu 18 recherches qui répondent à notre question de recherche. En effet, nous avons exclu la recherche 5 après l'analyse méthodologique pour plusieurs raisons ; d'une part, les auteurs n'ont pas nommé de critères éthiques, et, d'autre part, ils n'ont pas apporté de réponse pertinente pour notre thématique.

Les études correspondent toutes aux critères de sélection préétablis. Bien que nous ayons fait des recherches en français et en anglais, l'intégralité des études sélectionnées ont été rédigées en anglais. Concernant les années de publication, cinq recherches se situent entre 2002 et 2005. La majorité d'entre elles sont parues entre 2006 et 2009 (n=11). Et nous avons deux recherches très récentes qui datent de 2011 et de 2012. Ces données montrent que nos recherches sont d'actualité et cela augmente la valeur de notre revue de littérature.

Au sujet de la méthodologie, les études ont toutes évoqué le respect de l'éthique. 14 ont eu l'approbation d'un ou de plusieurs comités d'éthique. Les quatre autres ont mentionné d'autres aspects tels que la confidentialité des données, l'anonymat ou le consentement libre et éclairé des participants. Seuls les auteurs de neuf recherches ont mentionné les étapes de leur structure, non seulement dans l'article, mais également dans le résumé. Les autres ne les ont mentionnées que dans l'article lui-même, ce qui peut être une limite. En effet, le contenu de l'étude n'était pas toujours clairement explicité dans le résumé et ce n'est qu'après lecture de l'article que nous avons pu juger de leur pertinence. Un élément intéressant est que certains auteurs ont

rajouté un chapitre évoquant les implications ou les recommandations pour la pratique (Fallon, 2003, Markham & Trower, 2003, Forsyth, 2007, James & Cowman, 2007, Ma et al., 2009, Purves & Sands, 2009). Dans 10 études, les auteurs ont nommé la fiabilité ou la validité de leurs données. Ceux qui ne l'ont pas fait l'ont inscrit dans les limites de leur étude. De plus, ces dernières sont décrites dans 14 études. Cette analyse méthodologique, nous permet de dire que ce sont des recherches rigoureuses. Les résultats sont donc pertinents pour notre travail.

Une autre critique que nous pouvons émettre concerne les pays où se sont déroulées les études choisies. Effectivement, la plupart de nos recherches proviennent d'Australie et/ou de Nouvelle-Zélande (n=9). Les autres sont issues du Royaume-Uni (n=3), de l'Irlande (n=2), des Pays-Bas (n=1), d'Israël (n=1), de Taïwan (n=1) et d'Afrique du Sud (n=1). Nous constatons que seules six d'entre elles se sont passées en Europe, aucune en Suisse. Ceci est une limite pour la transférabilité des résultats. Un autre élément à souligner est le fait que trois études ont été réalisées par la même auteure, Commons Treloar. Après vérification, nous avons constaté que la population provient des mêmes régions et institutions. Une prudence peut être émise concernant la généralisation des données, qui peuvent être spécifiques à cet échantillon.

En ce qui concerne l'étude de Krawitz et Batcheler (2006), nous avons constaté qu'elle apporte peu de réponses à notre question de recherche. Elle évoque les risques médico-légaux et la pratique défensive des cliniciens. Ces éléments avaient été évoqués dans une étude de Krawitz (2004) ; la recherche de Krawitz et Batcheler (2006) nous a donc permis d'approfondir ce sujet.

Un dernier point à relever concerne les formations qui prennent une place importante dans nos résultats. Nous avons remarqué que de nombreuses études retenues ont nommé la nécessité de développer des formations spécifiques sur le BPD. Certaines ont d'ailleurs testé une formation et ont relevé les bénéfices de celle-ci, mais peu de recherches ont mis en évidence les facteurs qui ont contribué à ces améliorations. Certaines ont quand même émis des hypothèses que nous avons conservées dans nos résultats.

5.2 Regard critique sur le travail de Bachelor

Cette revue de littérature inclut seulement des études rédigées en anglais. Ceci peut être une limite étant donné que ce n'est pas notre langue maternelle. Il a parfois été difficile de traduire certains passages contenant des expressions ou des subtilités. Nous avons donc fait appel à une personne bilingue pour traduire certaines phrases que nous avions de la peine à comprendre. Notre traduction pointilleuse nous a permis de cerner le contenu des études et parfois même d'aller dans les détails.

Une autre critique à relever est le fait que nous effectuons un travail de recherche scientifique pour la première fois. Nous avons respecté au mieux les étapes d'une revue de littérature. Cependant, nous souhaitons souligner que nous sommes des novices dans le domaine.

Nous émettons encore une critique au sujet de nos concepts. En effet, nous pensons qu'ils sont adéquats et en lien avec notre thématique. Toutefois, après avoir rédigé les résultats, nous nous sommes aperçues que d'autres cadres théoriques auraient pu être inclus, tels que les fonctions du milieu de Gunderson, le holding de Winnicott ou la psychanalyse de Freud. A propos de l'empathie, nous l'avons abordée dans le chapitre concernant l'alliance thérapeutique ; elle aurait éventuellement pu être traitée comme un concept en soi.

Un autre élément constaté est que les catégories des résultats sont en corrélation les unes avec les autres et nous ne pouvons les dissocier. Néanmoins cette catégorisation nous permet de visualiser les différents aspects à prendre en considération lors de la prise en charge de patients atteints de BPD. Dans la thématique des émotions, nous avons trouvé une littérature abondante qui parlait des émotions des patients et des soignants. Lors de la discussion, nous avons ciblé les émotions des soignants, car nous devons faire un choix et que cela répondait davantage à notre question de recherche.

5.3 Discussion des résultats

Dans cette partie, nous allons faire des liens entre les cadres conceptuels et les résultats que nous avons fait émerger. Nous allons traiter un cadre conceptuel après l'autre. Nous commencerons par celui des émotions. Ensuite, nous aborderons celui de

l'alliance thérapeutique et pour terminer celui de la thérapie comportementale dialectique de Marsha Linehan.

5.3.1 Les émotions

Dans la théorie sur les émotions, Fernandez (2009) estime que celles-ci sont un moteur pour les soins ; elles peuvent être perçues comme nécessaires lors d'entretiens avec des patients. Il ajoute en outre la difficulté pour les soignants de travailler avec des personnes en souffrance ; il serait dès lors utile de reconnaître et de réguler les émotions. Une étude (Koekkoek et al., 2009) souligne combien les interactions avec les patients borderline sont difficiles et peuvent conduire à des sentiments d'impuissance chez le soignant ; les auteurs évoquent même le risque d'aboutir à des comportements non thérapeutiques. Ils suggèrent donc d'octroyer plus de temps pour une réflexion sur les sentiments et sur les attitudes.

Dans le concept des émotions, Cousineau & Young affirment que lors d'interactions avec des patients borderline, souvent affectés par des sentiments de colère, le soignant peut, à son tour, éprouver des sentiments de colère et de frustration (2005). Ces auteurs recommandent donc que les soignants soient attentifs à leurs propres réactions et qu'ils veillent à l'équilibre de celles-ci. Dans l'étude de Forsyth (2007), les réactions de colère au sein du personnel sont confirmées ; il précise qu'elles sont plus probables au contact des patients atteints de BPD. Ainsi, pour comprendre les émotions expérimentées par les soignants, l'auteur insiste sur le besoin de développer des cadres de réflexion.

Bellucci (2009), qui s'est également penché sur le concept des émotions, a d'ailleurs mis en évidence l'importance de reconnaître ses propres affects sans éprouver de culpabilité. Dans leur recherche, Ma et al. (2009) ont proposé différents moyens pour pallier au stress des infirmières : demander de l'aide quand cela est nécessaire et partager les sentiments avec d'autres personnes. En outre, un climat de travail efficace et une supervision clinique efficace pourraient permettre aux praticiens d'exprimer leurs sentiments. Deux études (Cleary et al., 2002, James & Cowman, 2007) relèvent également le besoin de supervisions cliniques pour aider le personnel à travailler avec des patients souffrant de BPD.

Dans la théorie des émotions, Boriceanu (2005) évoque l'importance de prendre conscience de ses propres réactions émotionnelles, mais il ajoute que d'autres compétences peuvent être développées : par exemple, savoir travailler en équipe, consulter des collègues ou « passer la main » en cas de difficulté. Dans la même optique, les résultats de l'étude de Ma et al. (2009) ont évoqué ces notions de collaboration et de soutien émotionnel réciproque. Ils ont en outre relaté l'apport d'infirmières expérimentées ; elles ont été des aides actives et ont favorisé un environnement de travail positif.

Une autre étude (Fallon, 2003) a confirmé qu'une approche d'équipe pourrait favoriser les soins aux personnes atteintes de BPD, d'autant plus si elle comporte des discussions régulières d'interventions. Une autre étude encore (Forsyth, 2007) propose une personne intermédiaire, extérieure à l'équipe de soins, qui peut contribuer à des processus de réflexion. Deux autres études (Krawitz, 2004, Krawitz & Jackson, 2007) ont proposé une autre forme de soutien pour les cliniciens : offrir des ateliers de formation qui intègrent les émotions des cliniciens. Les auteurs ont également souligné l'importance de surveiller et de gérer les émotions des soignants.

Il nous paraît indéniable que pour offrir un cadre de réflexion, un soutien et des supervisions, les institutions devraient mettre en place et organiser des structures permettant un tel soutien. Nous nous permettons de faire un lien avec l'étude de Koekkoek et al. (2009) ; les auteurs proposent des guidelines de soins dans le but d'éviter que les professionnels se sentent perdus avec ce type de patients. La cohérence d'équipe est évoquée par James & Cowman (2007). Dans cette étude, les infirmières elles-mêmes ont indiqué que les protocoles standards étaient une ressource.

5.3.2 L'alliance thérapeutique

L'essentiel de la théorie sur l'alliance de Bordin (1979) réside dans la collaboration entre le patient et le thérapeute. Il s'agit d'un processus d'alliance interactif. Gaston insiste sur le fait que l'alliance soit une condition essentielle à l'efficacité d'une intervention thérapeutique (1990, cité par Corbière et al., 2006).

Nous pouvons à présent faire des liens avec nos résultats. Dans l'étude de Langley & Klopper (2005), cliniciens et patients, tous avaient identifié la confiance comme essentielle pour établir et maintenir une alliance thérapeutique, soulignant que sans la confiance toute intervention avait peu de chance de réussir. Dans la théorie sur l'alliance thérapeutique, l'élément de la confiance a également été soutenu par Beutler (2000, cité par Corbière et al., 2006). Il affirme que lorsque la confiance est établie, elle permet un changement thérapeutique plus élevé. Langley & Klopper (2005) ont lié la confiance au concept de l'espoir. Une fois la confiance établie le patient commence à croire que le clinicien peut l'aider et ceci est une base pour le contrat thérapeutique.

Afin d'établir une relation de partenariat, deux études (Fallon, 2003, Langley & Klopper, 2005) ont mis en évidence la nécessité de connaître le patient, que ce soit par l'anamnèse complète, par la connaissance de ses forces et de ses stratégies de coping ou par le réseau de soutien qu'il possède. Cela nous paraît intéressant comme point de départ pour parvenir à une négociation. Bordin (1979) ajoute que pour qu'une alliance thérapeutique se crée, le patient et le thérapeute doivent collaborer et s'accorder sur les buts de la relation, les tâches à accomplir et les liens à établir. L'étude de Fallon (2003) soutient cet aspect : les patients ont exprimé qu'ils se sentaient inclus dans les soins et dans le processus décisionnel lorsque les objectifs étaient négociés avec eux. Ils ont ajouté le besoin d'avoir une explication sur le rôle des soignants qu'ils côtoyaient et sur les buts de leurs relations.

Dans une autre recherche (Langley & Klopper, 2005), quelques patients ont insisté sur le fait que les conditions du contrat doivent être négociées. Un aspect intéressant a été de trouver, dans la même étude, l'avis des patients et des cliniciens ; ces derniers ont aussi prôné l'utilisation d'un contrat pour renforcer un partenariat et la responsabilité du patient. Mehran (2006), traitant du concept de l'alliance thérapeutique, conforte cette idée en nommant la nécessité d'établir un contrat thérapeutique clair entre le patient et le thérapeute, ceci pour définir le rôle de chacun et les objectifs de la thérapie. Mehran évoque aussi les aptitudes du clinicien essentielles pour travailler avec des patients borderline : « une bonne écoute, la sincérité, l'acceptation du patient, l'absence de jugement et enfin, un sens de

l'humour » (p.145). Il a été intéressant d'observer que dans la recherche de Langley & Klopper (2005), ce sont les patients qui ont nommé diverses compétences attendues du professionnel. Celui-ci devrait posséder des qualités de disponibilité, d'accessibilité, de compréhension et d'écoute. Les compétences de base d'une communication thérapeutique ont été nommées par ces mêmes patients : prendre soin, d'une façon proche, avec un intérêt et une préoccupation, juste être là. Dans l'étude de Fallon (2003), les patients ont évoqué d'autres qualités telles que l'honnêteté, le respect, la flexibilité et l'empathie. Cottraux (2011) évoque l'empathie, mais, dans sa théorie, il cite également d'autres attitudes du thérapeute : la chaleur, la considération positive inconditionnelle et l'authenticité. Celles-ci ont un impact positif dans la relation au patient.

L'importance de l'authenticité et de l'empathie a été évoquée dans l'ouvrage de Morasz (2004). Plusieurs études ont abordé la thématique de l'empathie des cliniciens dans leur recherche. Selon McGrath & Dowling (2012), comprendre davantage la complexité du BPD permet un plus haut degré d'empathie. Les auteurs encouragent donc la formation. Ils ont constaté que les infirmières de leur étude ont montré un faible niveau d'empathie avec les patients atteints de BPD. Il est intéressant de relever leur hypothèse selon laquelle cela peut être un mécanisme de défense. Une particularité évoquée par Bodner et al. (2011) ainsi que par Commons Treloar & Lewis (2008) est que les femmes sont plus empathiques que les hommes. Commons Treloar & Lewis (2008) sont allés plus loin dans leur réflexion. Ils ont nommé une stratégie pour contrer cela : présenter des cas cliniques de sexe masculin lors de formations.

5.3.3 La thérapie comportementale dialectique

Bien que la TCD soit principalement destinée à des thérapeutes spécialisés en psychothérapie, des éléments sont transférables aux soins infirmiers. En effet, deux études confirment cet aspect : Hazelton et al. (2006) et Commons Treloar (2009). La première a proposé une formation sur la TCD à une population d'infirmières en psychiatrie et la seconde à différents cliniciens, dont 72% d'infirmières. De plus, les infirmières, de l'étude de James & Cowman (2007), ont nommé cette approche comme une ressource pour une meilleure prise en charge des patients atteints d'un BPD.

La thérapie de Linehan repose sur cinq cadres de travail spécifiques : l'établissement d'un contrat thérapeutique, la thérapie de groupe, la thérapie individuelle, les entretiens téléphoniques et les supervisions d'équipe (Linehan, 2000).

En lien avec nos résultats, nous souhaitons nous arrêter particulièrement sur le point du contrat. Selon Linehan (2000), les contrats sont indispensables au traitement et doivent faire l'objet d'une acceptation formelle. Ils sont l'objet de discussions et de clarifications entre le thérapeute et le patient, dès le départ de la TCD. Dans nos résultats, il est intéressant de voir que, à la fois cliniciens et patients ont souligné l'importance d'établir un contrat. Dans l'étude de Langley & Klopper (2005), les cliniciens ont tous prôné l'utilisation d'un contrat pour renforcer le partenariat et la responsabilité du patient. Les patients, participant à la même étude, ont également exprimé qu'un contrat leur était utile. Dans la recherche de Fallon (2003), les patients ont dit se sentir inclus dans le processus décisionnel, lors de négociations ouvertes. De plus, les patients des deux études (Fallon, 2003, Langley & Klopper, 2005) ont insisté sur la nécessité de négocier les modalités du contrat ; celui-ci permet de déterminer les tâches, les responsabilités et les limites.

Dans la théorie de Linehan (2000), les procédures d'observation des limites sont essentielles et « le respect de ces limites relève de la responsabilité du thérapeute et non de celle de la patiente » (p.355). Le point de vue des patients est exposé dans l'étude de Langley & Klopper (2005) : ils ont admis qu'ils n'aimaient pas nécessairement les limites imposées mais qu'elles étaient utiles. Les patients d'une autre étude (Fallon, 2003) ont conforté cette idée et ont dit se sentir plus en sécurité si leurs émotions étaient contenues. Quant aux cliniciens (Langley & Klopper, 2005), ils ont aussi nommé les limites comme essentielles, celles-ci leur permettant de prévenir une détérioration de la relation thérapeutique. Krawitz (2004) cite les bénéfices des limites : elles diminuent les risques d'hostilité du clinicien envers le patient et permettent une attitude chaleureuse et accueillante.

Un autre point primordial concerne les supervisions qui font partie intégrante de la TCD (Linehan, 2000). Elles sont proposées aux thérapeutes afin d'évacuer leur stress (Linehan, 2000) et d'éviter l'épuisement (Page, 2007). Une étude en particulier

(Hazelton et al., 2006) évoque la supervision selon la TCD : elle propose des supervisions tenues chaque semaine afin de permettre au personnel d'améliorer ses compétences. Purves & Sands (2009) ont également souligné la nécessité de supervisions. D'autres auteurs (Koekkoek et al., 2009) proposent soit un soutien direct, par l'intermédiaire de supervisions, soit un soutien indirect, par l'intermédiaire de guidelines ou d'un cadre théorique. Le soutien de l'institution a aussi été évoqué.

Nous avons choisi d'aborder un autre cadre de travail de la TCD : les consultations téléphoniques (Linehan, 2000). Elles sont un soutien pour le patient lors de crises. La disponibilité du thérapeute est clarifiée au préalable. Nous pouvons ici faire un lien avec l'étude de Langley & Klopper (2005) ; les patients ont suggéré qu'il fallait établir un accord pour définir quand et comment contacter le thérapeute. Ils ont rapporté le besoin d'avoir un clinicien accessible, disponible et qui les écoute. Les patients, selon Fallon (2003), complètent le besoin d'être écoutés et soutenus en soulignant que même des contacts brefs peuvent être contenant en cas de crise émotionnelle. La flexibilité et l'accessibilité des soignants nommées ci-dessus peuvent également être transposées dans le système organisationnel. Les patients (Fallon, 2003) citent, par exemple, comme stratégies la possibilité de contacter les services à toute heure du jour ou de la nuit ou la possibilité d'admissions facilitées à l'hôpital.

Donner aux patients et aux familles des informations didactiques sur le BPD est une autre tâche importante de la TCD (Linehan, 2000). Nous retrouvons cet élément dans les études suivantes : James & Cowman (2007), Cleary et al. (2002) et Fallon (2003). Toutes ont mis en évidence que l'éducation des patients et des familles faisait partie du rôle infirmier. Fallon (2003) souligne que ce rôle doit être soutenu et développé.

Une particularité de la thérapie comportementale dialectique (TCD) de Linehan est qu'elle se base sur une vision bio-sociale du patient atteint de BPD (Mehran, 2006). Deux études évoquent l'importance d'avoir une connaissance approfondie du patient (Fallon, 2003, Langley & Klopper, 2005), mais Fallon (2003) relève que voir ces patients de façon holistique permet d'influer positivement sur la vie de ces patients. Un lien peut être fait avec l'étude de Ma et al. (2009) ; grâce aux caractéristiques particulières des patients, les infirmières sont capables d'offrir des soins individualisés.

Selon Ferrero, dans la préface de l'ouvrage de Linehan (2000, p.2), « la dialectique la plus fondamentale est d'accepter les patientes telles qu'elles sont (...) ». Les patients de l'étude de Langley & Klopper (2005) ont nommé différentes compétences et attitudes attendues des cliniciens ; ceux-ci devraient être capables de comprendre leur état d'esprit, les écouter vraiment et les accepter tels qu'ils sont. Deux études (Hazelton et al., 2006, Commons Treloar, 2009) ont rapporté qu'un atelier sur la TCD avait permis une amélioration des attitudes et des connaissances à propos des patients souffrant de BPD ; la TCD offre des perspectives thérapeutiques plus optimistes.

D'autres éléments mentionnés dans la TCD sont les stratégies de validation et d'encouragements aux patients (Mehran, 2006). Par les encouragements, le clinicien peut leur exprimer qu'il croit en eux et en leurs capacités à réussir. Markham & Trower (2003) définissent l'optimisme comme étant le fait de croire en la possibilité d'un changement de comportements. Dans l'étude de Ma et al. (2009), les attitudes encourageantes des infirmières ont influencé positivement l'issue des soins pour cette population particulièrement difficile. Des résultats, relatés dans l'étude de Cleary et al. (2002), indiquent que les attitudes positives du personnel peuvent non seulement maintenir l'enthousiasme et la confiance des soignants, mais également avoir un impact sur les patients. Krawitz (2004) relate, par exemple, que les attitudes positives diminuent l'automutilation et les pensées suicidaires.

L'optimisme et l'enthousiasme du personnel ont pu être maintenus par la prise de conscience que les patients souffrant d'un BPD sont psychologiquement malades et traitables (James & Cowman, 2007). Des formations ont donc été suggérées. Les commentaires des patients et des ex-patients, au moyen de vidéos et de témoignages, ont également donné aux cliniciens un point de vue positif du patient lors d'ateliers de formation (Krawitz, 2004, Krawitz & Jackson, 2007). Ces témoignages ont inspiré un sentiment d'espoir.

5.4 Réponse à la question de recherche

Il est désormais possible de répondre à notre question de recherche : « *Comment l'infirmière peut-elle accompagner de façon optimale un patient souffrant du trouble de la personnalité borderline, créer et préserver une alliance thérapeutique ?* »

Les pistes trouvées sont :

- Les formations
- Les supervisions et le soutien
- L'influence des perceptions
- La relation de qualité
- Le partenariat infirmière-patient
- Les structures et l'organisation

Nous avons complété ces résultats avec des apports de trois cadres conceptuels : les émotions, l'alliance thérapeutique et la thérapie comportementale dialectique. Cette revue de littérature a permis de souligner l'importance d'une relation de qualité entre les infirmières et les patients atteints de BPD. Considérer le patient comme un partenaire de soins et instaurer un climat de confiance sont des facteurs qui favorisent la création et le maintien d'une alliance thérapeutique.

La TCD propose également de nombreuses pistes. Nous retenons notamment les suivantes : négocier avec le patient, établir un contrat et donner des informations aux patients et aux familles. Plusieurs recherches suggèrent donc de favoriser le savoir et les connaissances du personnel soignant. Offrir un climat de soutien, des supervisions et des formations théoriques et pratiques permet non seulement de développer des compétences dans la relation et dans la communication, mais également de considérer les émotions vécues par les soignants.

6. Perspectives

Dans ce dernier chapitre, nous allons tout d'abord décrire les implications pour la pratique infirmière. Puis, nous ferons quelques propositions de recherches ultérieures.

6.1 Implications pour la pratique

Nous avons trouvé dans nos résultats une abondance de propositions pour la pratique. Nous avons décidé de sélectionner les pistes principales qui visent à améliorer les compétences des professionnels de santé mentale et la relation avec les patients souffrant de BPD.

Les formations sont abondamment citées :

- Offrir des formations théoriques et pratiques, concernant la gestion des patients atteints de BPD tels que des ateliers d'entraînement des compétences, des formations postuniversitaires ou des formations spécifiques sur le BPD.
- Offrir des formations au personnel au moyen de différentes approches thérapeutiques telles que la TCD ou la psychanalyse.
- Apporter des connaissances au sujet de l'étiologie du BPD afin de prendre conscience que les histoires d'abus du passé peuvent être à l'origine d'un comportement perturbé.
- Utiliser des études de cas ou des témoignages de patients, par l'intermédiaire de vidéos ou de littérature.
- Proposer des ateliers de formation présentés conjointement par un clinicien-formateur et un patient-formateur.
- Animer des formations par des intervenants clés, tels que des psychologues ou des psychiatres, considérés comme du personnel expérimenté et hautement qualifié.
- Proposer des formations régulières au sein des services.

D'autres suggestions sont faites pour aider le personnel soignant à accompagner le patient borderline :

- Instaurer un soutien direct, par des supervisions cliniques régulières.
- Proposer des supervisions par une personne intermédiaire, extérieure à l'équipe de soins.
- Offrir un soutien par les pairs : permettre des échanges et des discussions sur les patients, une collaboration et un soutien émotionnel réciproque.
- Développer une meilleure compréhension des croyances et agir sur celles-ci (par exemple, voir le patient avec un BPD comme étant psychologiquement malade et traitable) par l'intermédiaire de supervisions et de formations.
- Favoriser un regard empreint d'optimisme et d'espoir chez les soignants ; par exemple, encourager des attentes réalistes au sujet des résultats thérapeutiques.
- Accorder du temps pour une réflexion sur les sentiments et sur les attitudes.

- Reconnaître, partager et gérer les émotions du personnel soignant.
- Développer la confiance dans la relation avec le patient, en ayant conscience qu'elle prend du temps à se développer.
- Développer des compétences telles que la disponibilité, l'accessibilité, la compréhension, l'écoute, l'honnêteté, l'empathie, la flexibilité, la confidentialité et le respect.
- Développer des compétences en communication.
- Offrir des relations contenantantes au patient.
- Proposer des soins infirmiers individualisés.
- Voir le patient de façon holistique, connaître le patient : l'anamnèse, les forces, les stratégies de coping, le réseau de soutien,...
- Inclure le patient dans les processus décisionnels et négocier les objectifs.
- Etablir un contrat si possible négocié avec le patient, ceci pour renforcer le partenariat.
- Etablir des limites claires, sans être punitif ou jugeant.
- Prodiguer des informations aux patients et aux familles.
- Nommer un référent pour le patient.

D'autres suggestions sont nommées dans les études. Elles concernent les structures et l'organisation des services :

- Offrir un soutien indirect, par des guidelines, des protocoles standards.
- Avoir un soutien de l'institution.
- Avoir connaissance des lieux où orienter le patient.
- Créer des services spécialisés pour les patients atteints de BPD.
- Apporter des connaissances sur l'environnement médico-légal au personnel soignant.

6.2 Implications pour la recherche future

Nous aimerions faire quelques suggestions pour des recherches ultérieures. Il est évident que de nombreuses pistes ont émergé pour améliorer l'accompagnement des patients atteints de BPD, mais des lacunes ont également été mentionnées par des auteurs. Il serait fondamental d'évaluer les différentes composantes des formations,

afin de déterminer quels facteurs ont eu un impact positif sur les soignants (Krawitz, 2004), que ce soit au niveau des attitudes ou des relations avec les patients souffrant de BPD. Une autre étude a relevé le besoin de développer des cadres de réflexion afin de comprendre les émotions que ces patients suscitent (Forsyth, 2007), ceci non seulement pour ce groupe de patients, mais aussi pour des personnes ayant d'autres diagnostics.

Suite aux résultats, nous avons observé qu'aucune recherche n'a été faite en Suisse. Les populations de différents pays et de diverses institutions peuvent avoir des besoins spécifiques, d'où l'importance de faire des recherches en Suisse sur la relation des infirmières avec ces patients. Un autre élément à développer serait l'alliance thérapeutique spécifiquement avec des patients souffrant de BPD. En effet, nous avons trouvé peu d'études sur ce sujet.

Nous avons également constaté que les recherches traitant de la prise en charge des patients borderline par des thérapeutes, tels que les psychologues ou les psychiatres, étaient abondantes. Or, peu ont étudié plus spécifiquement le rôle infirmier. Il est donc indispensable de promouvoir davantage la recherche en soins infirmiers afin d'élaborer des pratiques fondées sur la clinique.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous constatons que divers apprentissages ont été réalisés. Grâce à cette revue de littérature étoffée, nous avons acquis une base sur la recherche scientifique. Nous avons appris à respecter des critères méthodologiques rigoureux et à naviguer dans différentes bases de données. Celles-ci nous ont permis de trouver des articles qui ont apporté des éléments de réponse à notre question de départ.

Nous avons été surprises par l'impact que peuvent avoir les représentations du personnel soignant sur les attitudes et la prise en charge des patients atteints de BPD., Poser un regard empreint d'espérance sur le patient permet une meilleure évolution de ce dernier, par exemple. Un autre point : nous accordions déjà beaucoup d'importance à la notion de partenariat infirmière-patient, mais ce travail a renforcé la valeur attribuée à ce concept. Nous avons aussi été étonnées du nombre d'études qui ont prôné les formations comme une ressource pour le personnel. En effet, elles favorisent le développement personnel et professionnel des infirmières. Un autre aspect intéressant, que nous aimerions développer dans notre pratique, est le soutien par des pairs et les supervisions par des professionnels. Selon les études, ils favorisent un climat de travail soutenant pour le personnel.

Nous souhaitons ajouter combien nous avons apprécié d'effectuer ce travail à deux. Nous avons souvent constaté que nos points de vue et nos compétences se complétaient. Notre collaboration a permis d'avancer assidument et positivement, dans un climat de travail agréable et propice à une progression constante.

Bibliographie

Articles

- Audiard, P. (2009). Le trouble de personnalité de type "état limite". *Soins psychiatrie*, 263, 18-20.
- Bellucci, S. (2009). Etat limite et contre-transfert. *Soins psychiatrie*, 263, 29-33.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548-555.
- Bordin, S. E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Boriceanu, O. (2005). Etats limites : stratégies thérapeutiques. *Santé mentale*, 97, 41-49.
- Burloux, G. (2009). Les pathologies de l'immédiateté. *Soins psychiatrie*, 263, 21-25.
- Cleary, M., Siegfried, N. & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-91.
- Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 578-584.
- Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder : randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 981-988.
- Commons Treloar, A. J. (2009). Effectiveness of Education Programs in Changing Clinicians' Attitudes Toward Treating Borderline Personality Disorder. *Psychiatric service*, 60(8), 1128-1131.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.

Cousineau, P. & Young, E. (2005). L'approche centrée sur les schémas. *Santé mentale*, 97, 55-61.

Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-400.

Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 33-40.

Hazelton, M., Milner, J. & Rossiter, R. (2006). Managing the « unmanageable »: Training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 1, 120-130.

James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.

Koekkoek, B., Van Meijel, B., Shene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical Problems in Community Mental Health Care for Patients with Severe Borderline Personality Disorder. *Community Mental Health Journal*, 45, 508-516.

Krawitz, R. (2004). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 554-559.

Krawitz, R. & Batcheler, M. (2006). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. *Australasian Psychiatry*, 14(3), 20-22.

Krawitz, R. & Jackson, W. (2007). Consumer-clinician co-taught borderline personality disorder training: A pilot evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 360-364.

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, 23-32.

Little, J., Trauer, T., Rouhan, J. & Haines, M. (2010). Borderline personality disorder and interagency response. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*,

18(5), 441-444.

Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter, M. (2009). « Caring Across Thorns »- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of clinical Nursing*, 18, 440-450.

Markham, D. & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label borderline personality disorder on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 243-256.

McGrath, B. & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Hindawi Publishing corporation Nursing Research and Practice*, 2012, 1-10.

Page, D. (2007). Thérapie comportementale dialectique du trouble de personnalité borderline. *Santé mentale*, 121, 12-15.

Purves, D. & Sands, N. (2009). Crisis and Triage Clinicians 'Attitudes Toward Working With People With Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (3), 208-215.

Westwook, L. & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(7), 657-662.

Woolaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15, 703-709.

Ouvrages

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française. Paris : Masson.

Charitat, H. & Schmitt, L. (2002). Epidémiologie des troubles de la personnalité. In A. Féline, J.D. Guelfi & P. Hardy (Eds.), *les troubles de la personnalité* (p.123-134). Paris : Flammarion.

Cottraux, J. & Blackburn, I.-M. (2001). *Thérapies cognitive des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.

Cottraux, J. (2011). *Choisir une psychothérapie efficace*. Paris : Odile Jacob.

Darcourt, G., Chaine, F. & Guelfi, J.D. (2002). La personnalité borderline. In A. Féline, J.D. Guelfi & P. Hardy (Eds.), *les troubles de la personnalité* (p.185-197). Paris : Flammarion.

Fernandez, L. (2009). Emotions. In M. Formarier & L. Jovic (Eds.), *Les concepts en sciences infirmières* (p.158-161). Lyon : Mallet Conseil.

Linehan, M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Genève : Médecine et Hygiène.

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

Mehran, F. (2006). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle*. Paris : Masson.

Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. & Barbot, C. (2004). *L'infirmier (e) en psychiatrie*. Paris : Masson.

Nollet, D. (2002). Thérapies cognitives et comportementales des troubles de la personnalité. In A. Féline, J.D. Guelfi & P. Hardy (Eds.), *les troubles de la personnalité* (p.404-418). Paris : Flammarion.

Observatoire suisse de la santé et Office fédéral de la statistique. (2010). *La psychiatrie intra-muros en Suisse de 2000 à 2006*. Neuchâtel : Auteurs.

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Auteur.

Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse : Monitoring 2012*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (Obsan).

Tinguely, G. (2005). *A cause de ma peau qui est à l'envers*. Fribourg : La Liberté.

Townsend, M. C. (2004) *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

Polycopiés

Sciboz, M. & Hänni, U. (2011). *Comment obtenir un article « full-text » ?* [Polycopié].
Fribourg : Haute école de santé.

Sites WEB

Larousse. (2008). *Emotion*. [Page WEB]. Accès :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829> [Page consultée
le 4 avril 2011]

Morissette, L. & Parisien, M. (1996). Contribution de l'hôpital au traitement du patient
borderline. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 30-42. [Page WEB]. Accès :
<http://id.erudit.org/iderudit/502093ar> [Page consultée le 13 mai 2011]

Mullen, R. (2008). *Defensive practice in Mental Health*. [Page WEB]. Accès :
<http://journal.nzma.org.nz/journal/121-1286/3374/> [Page consultée le 5 juillet 2012]

Passmore, K. & Leung, W.-C. (2002). *Defensive practice among psychiatrists: a
questionnaire survey*. [Page WEB]. Accès :
<http://pmj.bmj.com/content/78/925/671.full> [Page consultée le 5 juillet 2012]

Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir personnellement effectué ce travail en respectant les règles et les normes imposées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans ce travail sont clairement nommées et identifiées. »

Ana Garea et Floriane Bonvin

Annexe B : Critères diagnostiques des troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2003)

Un trouble de la personnalité est 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 de souffrance ou d'une altération du fonctionnement. » (p.789)

11 troubles de la personnalité y sont décrits :

- 1) la personnalité paranoïaque
- 2) la personnalité schizoïde
- 3) la personnalité schizotypique
- 4) la personnalité antisociale
- 5) la personnalité borderline
- 6) la personnalité histrionique
- 7) la personnalité narcissique
- 8) la personnalité évitante
- 9) la personnalité dépendante
- 10) la personnalité obsessionnelle-compulsive
- 11) le trouble de la personnalité non spécifié

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR

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

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

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

- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets psychologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

(American Psychiatric Association, *ibid.*, p.793-794)

Pour effectuer notre Bachelor Thesis, nous avons choisi de parler du 5^{ème} qui est le trouble de la personnalité borderline.

Annexe C : Critères diagnostiques de la personnalité borderline

(American Psychiatric Association, 2003)

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

(1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (**N.-B.** : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le Critère 5)

(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

(3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi

(4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).

N.-B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations énumérés dans le Critère 5.

(5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

(6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

(7) sentiments chroniques de vide

(8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

(9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

(p.817-818)

Annexe D : Grille d'analyse des articles scientifiques

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
PAYS	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	
Question de recherche/Hypothèses	
Concepts et théories	
MÉTHODES	
Devis de recherche	
Population et contexte	
Collecte des données (outils) et analyse	
RÉSULTATS	
DISCUSSION ET CONCLUSION	
PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE	
ETHIQUE	
CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES	

Annexe E : Tableau de synthèse des recherches

Auteurs	Année	Pays	Devis	Ethique	Objectifs	Population
1. Cleary, M., Siegfried, N. & Walter, G.	2002	Australie	Pas mentionné par les auteurs (quantitatif)	OUI Aval de deux comités d'éthique	Cette étude a deux objectifs: - Fournir une base de données des expériences, des connaissances et des attitudes du personnel de santé mentale envers la gestion des patients avec un diagnostic de BPD. - Donner des directives pour l'enseignement et la formation pratique proposées aux équipes de soins en santé mentale pour la gestion des patients avec un diagnostic de BPD.	516 personnes travaillant dans des équipes de santé mentale, en hospitalier ou en extrahospitalier, dans des services de santé mentale à Sydney, dont 67% d'infirmières diplômées
2. Langley, G.C. & Klopper, H.	2005	Afrique du Sud	Etude qualitative, exploratoire, descriptive et contextuelle	OUI Aval d'un comité d'éthique, Confidentialité Consentement libre et éclairé	Développer un modèle de pratique pour améliorer la santé mentale du patient diagnostiqué d'un BPD.	6 participants diagnostiqués d'un BPD 10 cliniciens (dont 4 infirmières) avec une vaste expérience dans la gestion des patients avec un BPD <u>Setting</u> : dans des services communautaires psychiatriques, dans la banlieue de Johannesburg
3. Krawitz, R. & Batcheler, M.	2006	Nouvelle-Zélande et Australie	Enquête pilote (quantitative)	OUI Seulement l'anonymat du questionnaire	- Mener une enquête pilote sur l'avis des cliniciens sur la pratique défensive quand ils travaillent avec des adultes ayant un BPD. - Evaluer la fréquence des pratiques défensives dans le traitement des adultes souffrant de BPD.	L'enquête a été remplie par 29 cliniciens d'un service communautaire pour adultes (55%, n=16), d'un service hospitalier en soins aigus (24%, n=7) et d'un service de crise (21%, n=6). Les infirmières (48%, n= 14) étaient le plus grand groupe professionnel représenté; les autres professionnels étaient des psychologues (21%, n=6) et des psychiatres (14%, n=4).
4. Forsyth, A.	2007	Royaume-Uni	Devis factoriel à mesures répétées 2 x 2 x 2 (quantitatif)	OUI Information, Participation volontaire	Cette étude vise à : - Définir si les processus cognitifs des travailleurs en santé mentale varient en fonctions des diagnostics cliniques de	Le personnel compte environ 120 travailleurs en santé mentale. 26 questionnaires ont été retournés; 14 sont des infirmières diplômées en santé mentale, et neuf sont des aides.

				Aval d'un comité d'éthique, Principe d'équité et de justice, Anonymat, Confidentialité	BPD ou de trouble dépressif majeur, - Définir si cela a réellement un impact sur les réactions émotionnelles et les comportements de soutien des travailleurs en santé mentale.	L'étude se passe dans quatre services d'hospitalisation en soins aigus pour adultes et une unité de soins intensifs psychiatriques.
5. Little, J., Trauer, T., Rouhan, J. & Haines, M	2010	Australie	Pas nommé par les auteurs (quantitatif)	NON Pas d'éléments nommés par les auteurs	- Explorer les réactions émotionnelles, les préoccupations et les croyances liées au travail avec la personne souffrant de BPD auprès d'institutions de santé ou non.	387 questionnaires ont été reçus, 378 retenus pour l'analyse. La police (n=210) et six magistrats ont été classés dans le groupe « police ». Le groupe « santé & aide sociale » (n=120) comprenait 42 médecins généralistes, 19 infirmières diplômées , 20 assistants sociaux, 10 personnes travaillant au sein de logements offrant un soutien, l'assistance publique et un service tuteur et 19 autres divers. Le personnel d'hôpital psychiatrique (santé mentale, 51) compose le troisième groupe . Il inclut des infirmières diplômées (n=34) , des médecins psychiatres et somaticiens (n=13), un psychologue et un assistant social.
6. Krawitz, R.	2004	Australie	Pas nommé par l'auteur (quantitatif)	OUI Anonymat, confidentialité des données	L'objectif principal est d'évaluer les effets d'un atelier de formation de deux jours sur les attitudes des cliniciens qui travaillent avec des patients souffrant d'un BPD. D'autres objectifs de l'étude : - Acquérir une base pour un traitement efficace de ces patients. - Acquérir des compétences pratiques pour élaborer et réaliser un plan de traitement en utilisant des traitements psychodynamiques, cognitivo-comportementaux, de réhabilitation et de crise.	910 participants ont assisté à 44 ateliers pour les 22 services de santé mentale et de toxicomanie de l'état de Victoria, en Australie. 669 participants ont été retenus. Parmi eux, 62% (n=418) ont rempli le questionnaire aux trois intervalles de temps (avant l'atelier, après l'atelier et 6 mois après). 36% travaillent dans des services communautaires, 17% dans des unités de soins aigus et 14% dans des services de crise. Les infirmières (46%) étaient le plus grand groupe professionnel, suivies par les psychologues (14%), les travailleurs sociaux (14%), les ergothérapeutes (8%) et les médecins (5%).

7. James, P.D. & Cowman, S.	2007	Irlande	Recherche descriptive (quantitatif)	OUI Approbation de l'éthique de la recherche et du comité local de direction des prestataires de service	Les objectifs de l'étude étaient de: - Décrire les expériences et les attitudes des infirmières qui dispensent des soins aux patients atteints d'un BPD. - Développer une compréhension des connaissances, des expériences et des attitudes des infirmières en psychiatrie à l'égard des soins aux patients avec un BPD. Ces informations donneraient ainsi des orientations pour le développement de services pour ces clients.	L'étude a été menée dans un grand service psychiatrique à Dublin, dans divers contextes, comprenant des unités d'hospitalisation aigue et de réhabilitation, des hôpitaux de jour et des centres de santé, ainsi que des soins à domicile. Une copie du questionnaire et une enveloppe de retour ont été envoyées à toutes les infirmières qui travaillent sur le site de l'étude (n=157). L'échantillon se composait de 157 infirmières et un taux de participation de 41,4% a été obtenu.
8. Koekkoek, B., Van Meijel, B., Shene, A. & Hutschemakers, G.	2009	Pays-Bas	Etude exploratoire mixte (quantitative et qualitative)	OUI Les auteurs garantissent leur responsabilité, pas de conflit d'intérêt connu	Le but est de répondre aux trois questions de recherche suivantes : - Quels sont les problèmes dans les soins de santé mentale communautaire pour les patients souffrant d'un grave BPD qui ne suivent pas de traitement spécialisé? - Quels problèmes identifiés sont jugés les plus urgents par les professionnels? - Quels problèmes sont jugés comme étant les plus propices à une amélioration par l'intervention d'un professionnel?	Le groupe d'experts était composé de huit professionnels en santé mentale issus de différentes disciplines, de différents lieux de traitement et de différentes formations. Il comprenait 4 infirmières de santé mentale, 2 psychiatres et 2 psychologues. Les critères d'inclusion étaient les suivants: (1) avoir au moins 3 ans d'expérience de travail avec le groupe de patients cibles et (2) travailler dans un centre d'expertise reconnu au niveau national ou être un expert reconnu au niveau national.
9. Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J	2008	Australie et Nouvelle-Zélande	Pas nommé par les auteurs (Quantitatif)	OUI Approbation éthique, formulaire de consentement	Le but de cette étude est d'évaluer les attitudes des cliniciens de santé mentale et de médecine d'urgence, à l'égard des patients diagnostiqués d'un BPD. Elle a aussi comparé les attitudes de différents groupes professionnels à l'égard des patients borderline qui s'automutilent.	Les participants étaient 140 professionnels de santé diplômés dans deux services de santé australiens, de Ballarat (n=52) et de Barwon (n=32), et un en Nouvelle-Zélande, à Marlborough, Nelson district Health Board (n=56). Les infirmières sont la principale population interrogée avec 69,3% (n=97) des participants. Le personnel de santé mentale et de médecine a été invité à participer, si dans le cadre de leur travail, il avait rencontré des patients borderline.

10. Commons Treloar, A. J. & Lewis A. J.	2008	Australie et Nouvelle-Zélande	Essai contrôlé randomisé (Quantitatif)	OUI Approbation éthique, respect de l'anonymat	Le but de cette étude était d'évaluer l'impact d'une formation clinique, ciblée sur le BPD, sur les attitudes des cliniciens vis-à-vis des comportements d'automutilation fréquents chez les patients avec ce trouble complexe.	Les participants étaient 99 praticiens diplômés dans deux services de santé australiens, de Ballarat (n=13) et de Barwon (n=30), et un service de santé néo-zélandais, Nelson Marlborough District Health Board (n=56), dont 75,8% d'infirmières . Le personnel a été invité à participer, si dans le cadre de leur emploi, il avait rencontré des patients atteints d'un BPD.
11. Markham, D. & Trower, P.	2003	Royaume-Uni	Une méthode avec un questionnaire quantitatif intra-participants (Quantitatif)	OUI Approbation éthique, Consentement libre et éclairé, Anonymat	Le but était d'étudier comment l'étiquette de BPD influence les attributions causales du personnel et d'évaluer la façon dont celles-ci sont liées à la sympathie du personnel, à l'optimisme et aux évaluations de leurs expériences personnelles face au travail avec des patients ayant un diagnostic de BPD.	50 infirmières de santé mentale ont pris part à l'étude; toutes ont travaillé dans des établissements hospitaliers du NHS (National Health Service) prenant en charge des adultes ou des personnes âgées. En tout, 48 questionnaires ont été retournés de façon satisfaisante.
12. Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I.	2011	Israël	Pas nommé par les auteurs (Quantitatif)	OUI Approbation éthique, Consentement éclairé, Anonymat	Nos objectifs étaient : - De développer des outils pour mesurer les attitudes cognitives et émotionnelles envers les patients atteints de BPD et leurs traitements. - De comparer les attitudes des psychiatres, des psychologues, des infirmières. - D'étudier la relation entre les composantes émotionnelles et les composantes cognitives que le personnel de santé mentale a envers des patients atteints de BPD.	Les participants étaient 57 cliniciens . Ils provenaient de plusieurs établissements psychiatriques situés dans le centre d'Israël. 25 infirmières psychiatriques (43,9%) , 13 psychologues (22,8%), et 19 psychiatres (33,3%) ont accepté de participer. Les critères d'inclusion sont: (1) a accepté de signer un consentement éclairé écrit; (2) a plus de 25 ans; (3) a eu une expérience minimale personnelle et professionnelle (N 1 an), (4) a travaillé dans des établissements publics psychiatriques, et (5) est un psychiatre, un psychologue ou une infirmière, possédant un diplôme.
13. Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter,	2009	Taiwan	Recherche qualitative descriptive	OUI Approbation éthique, explication donnée aux	Les buts sont : - D'identifier les perceptions de satisfaction ou d'insatisfaction des infirmières en santé mentale par rapport aux résultats de soins prodigués	Des infirmières en santé mentale ont été recrutées dans le Nord de Taiwan : 15 participants de soins infirmiers dans une unité de soins aigus ou de réhabilitation d'un centre de santé psychiatrique. Les infirmières ont été recrutées parce qu'elles

M.				participants, Consentement écrit, Confidentialité , Anonymat	aux patients atteints de BPD de Taiwan, - D'identifier les facteurs contribuant qui y sont associés et le processus de leurs expériences de soins.	avaient au moins trois ans d'expérience dans les soins en santé mentale et avaient travaillé comme infirmières avec des patients atteints de BPD au cours des 12 derniers mois.
14. Krawitz, R. & Jackson, W.	2007	Nouvelle-Zélande	Enquête pilote (quantitatif)	OUI Anonymat des données, But expliqué	Etude pilote qui évalue un programme de formation (deux jours d'ateliers) sur le BPD, enseigné conjointement par des patients et des cliniciens	73 participants , dont le plus grand groupe était constitué d'infirmières travaillant dans des soins publics de santé mentale et dans le domaine des dépendances, dans des services d'un hôpital communautaire, dans des services de crise et des lieux de réhabilitation.
15. Purves, D. & Sands, N.	2009	Australie	Etude exploratoire descriptive (quantitative)	OUI Approbation éthique, Consentement éclairé, Anonyme Participation volontaire.	- Etudier les attitudes des cliniciens de triage et de crise psychiatrique envers les personnes diagnostiquées d'un BPD. - Produire des résultats qui pourraient être utilisés pour développer des services futurs en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé mentale de crise et de triage - Contribuer à l'amélioration de la qualité de la pratique	La population totale des cliniciens de crise et de triage dans le réseau MHN a été estimée à 110 cliniciens, y compris des médecins (médecins, médecins psychiatres et médecins consultants), des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes. Il y a eu un retour de 61 questionnaires (54%) sur les 110 distribués . La proportion des disciplines professionnelles était composée de 62,2% d'infirmières , de 19,6% de professionnels paramédicaux, de 16,3% de médecins.
16. McGrath, B. & Dowling, M.	2012	Irlande	Etude qualitative	OUI Approbation éthique. Consentement verbal et écrit, Anonymat	Cette étude a exploré les interactions des infirmières psychiatriques diplômées avec les patients atteints de BPD. Les objectifs étaient de : - Identifier les thèmes communs, à partir d'une analyse des interactions rapportées par les infirmières. - Décrire le niveau d'empathie des infirmières à l'égard des patients ayant un BPD.	L'étude a été réalisée avec des infirmières travaillant dans un service de santé mentale communautaire irlandais . Critères d'inclusion de l'étude : les participants devaient être des infirmières diplômées en psychiatrie avec un minimum de trois ans d'expérience post-diplôme, travailler dans un service de santé mentale depuis un minimum de deux ans et avoir l'expérience de travailler avec des patients atteints de BPD. 17 infirmiers/-ères ont contacté le premier auteur.
17. Fallon, P	2003	Royaume-Uni	Étude qualitative	OUI Autorisation	Les objectifs de l'étude étaient : - Analyser les expériences vécues par les	Sept participants , recrutés par le biais de leur psychiatre consultant dans des lieux variés, au sein

				éthique d'un comité local d'éthique, participation volontaire, informations données	participants au contact des services de soins psychiatriques. - Décrire les modalités d'impact que les services ont eu sur les patients. - Utiliser le point de vue des patients pour discuter de la fonction et du rôle perçu des services en santé mentale envers les personnes souffrant de BPD.	d'une institution de santé mentale. Parmi les participants, quatre étaient de sexe féminin et trois de sexe masculin ; leur âge variait de 25 à 45 ans. Les interviews ont duré 1 heure au maximum et ont eu lieu dans un contexte choisi par le participant.
18. Commons Treloar, A. J.	2009	Australie et Nouvelle-Zélande	Etude exploratoire (quantitative)	OUI Approbation éthique, Exposé des motifs, Formulaire de consentement	Cette étude visait à combler l'écart dans la littérature en comparant l'impact de deux types de programmes de formation (cognitivo-comportemental et psychanalytique) sur l'attitude des cliniciens envers les comportements d'automutilation chez des patients atteints de BPD et l'impact de ces programmes sur le travail avec des patients atteints de ce trouble.	118 cliniciens en médecine d'urgence et en santé mentale, provenant de deux services de santé australiens et d'un service de santé en Nouvelle-Zélande, qui ont eu un contact avec les patients souffrant de BPD. 65 participants ont répondu au suivi , 25 (38%) étaient du groupe psychanalytique, 18 (28%) du groupe cognitivo-comportemental, et 22 (34%) du groupe contrôle. 48 travaillent en santé mentale, 17 autres en médecine d'urgence. 47 (72%) étaient des infirmières , 11 (17%) des professionnels de santé paramédical, et sept (11%) des médecins.
19. Hazelton, M., Milner, J. & Rossiter, R.	2006	Australie	Etude descriptive quantitative et qualitative	OUI Approbation éthique	Cet article vise à évaluer la formation du personnel à l'utilisation de la thérapie comportementale dialectique (TCD). Elle porte sur les connaissances du personnel, les attitudes et l'expérience avec les patients atteints de BPD avant et après une formation sur la TCD.	94 participants du MHS, dans le New South Wales, ont entrepris la formation de base, incluant tout le personnel des équipes hospitalières et communautaires au sein du service de santé mentale. Les infirmières représentent 66,7% des participants (n=43) au début de l'étude.

Annexe F : Stratégies de recherche

Stratégie 1

("Nursing"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurse's Practice Patterns"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Occupational Health Nursing"[Mesh] OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Nursing Staff, Hospital"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) AND "Borderline Personality Disorder"[Mesh]

92 résultats, dont 5 sélectionnés :

- Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter, M. (2009). « Caring Across Thorns »- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of clinical Nursing*, 18, 440-450.
- James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.
- Hazelton, M., Milner, J. & Rossiter, R. (2006). Managing the « unmanageable »: Training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 1, 120-130.
- 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, 23-32.
- Cleary, M., Siegfried, N. & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-91.

Stratégie 2

"Borderline Personality Disorder"[Mesh] AND ("Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh])

83 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Commons Treloar, A. J. (2009). Effectiveness of Education Programs in Changing Clinicians' Attitudes Toward Treating Borderline Personality Disorder. *Psychiatric service*, 60(8), 1128-1131.

- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 33-40.

Stratégie 3

((("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh])

21 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548-555.
- Markham, D. & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label borderline personality disorder on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 243-256.

Stratégie 4

((("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Health Personnel"[Mesh]) AND "Education"[Mesh])

7 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Krawitz, R. & Jackson, W. (2007). Consumer-clinician co-taught borderline personality disorder training: A pilot evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 360-364.
- Krawitz, R. (2004). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 554-559.

Stratégie 5

((("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Professional-Patient Relations"[Mesh])

40 résultats, dont 1 sélectionné :

- Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 578-584.

Stratégie 6

("Inservice Training"[Mesh]) AND "Borderline Personality Disorder"[Mesh]

7 résultats, dont 1 sélectionné :

- Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 981-988.

Stratégie 7

Related citations de Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter, M. (2009). « Caring Across Thorns »- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of clinical Nursing*, 18, 440-450.

1141 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Purves, D. & Sands, N. (2009). Crisis and Triage Clinicians 'Attitudes Toward Working With People With Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (3), 208-215.
- Krawitz, R. & Batcheler, M. (2006). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. *Australasian Psychiatry*, 14(3), 20-22.

Stratégie 8

Related citations de : Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 33-40.

135 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-400.
- McGrath, B. & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice*, 2012, 1-10.

Stratégie 9

Related citation de: Cleary, M., Siegfried, N. & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-91.

768 résultats, dont 2 sélectionnés :

- Little, J., Trauer, T., Rouhan, J. & Haines, M. (2010). Borderline personality disorder and interagency response. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 18(5), 441-444.
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., Shene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical Problems in Community Mental Health Care for Patients with Severe Borderline Personality Disorder. *Community Mental Health Journal*, 45, 508-516.

Annexe G : Grilles d'analyse

Recherche 1 : Cleary et al., 2002

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Cleary, M., Siegfried, N. & 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(3), 186-91.	
PAYS	
Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Cette étude a deux objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - Fournir une base de données des expériences, des connaissances et des attitudes du personnel de santé mental envers la gestion des patients avec un diagnostic de BPD. - Donner des directives pour l'enseignement et la formation pratique proposées aux équipes de soins en santé mentale pour la gestion des patients avec un diagnostic de BPD.
Question de recherche/Hypothèses	La question de recherche n'est pas mentionnée par les auteurs.
Concepts et théories	Pas indiqués par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Pas mentionné par les auteurs

<p>Population et contexte</p>	<p>516 personnes travaillant dans des équipes de santé mentale, en hospitalier ou en extrahospitalier, dans un secteur de santé mentale à Sydney, en Australie.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Un questionnaire de 23 items a été développé et envoyé à la population. Une information a été jointe au questionnaire et chaque personne de l'équipe a reçu un courrier adressé personnellement. Dans le questionnaire, l'âge, le sexe, la profession et les places de travail les plus fréquentes leur ont été demandées. Il leur a également été demandé de spécifier le nombre d'années de travail dans le domaine de la santé mentale et de décrire les formations spécifiques déjà effectuées dans la gestion des clients avec un BPD. Les connaissances au sujet du BPD ont été évaluées objectivement à l'aide de 7 questions dans lesquelles on leur demandait leur accord ou désaccord au sujet de déclarations sur le BPD. Pour toutes les questions, des dispositions ont été prises pour que les participants puissent indiquer celles dont ils ne connaissaient pas la réponse. Ils leur ont aussi demandé de donner une appréciation sur leur niveau de connaissances et de confiance dans la prise en soin de patients diagnostiqués d'un BPD (par ex. : très bien informés, moyennement informés, légèrement informés, pas informés).</p> <p>Les questions suivantes ont exploré l'évaluation des participants sur les dispositions actuelles des services pour les personnes souffrant de BPD et leur avis sur les ressources supplémentaires proposées pour améliorer les dispositions des services (par ex. : les ateliers pour exercer ses compétences). Les attitudes et opinions par rapport au rôle du personnel en santé mentale, lors de la dispensation des soins, ont été demandées ; l'engagement à promouvoir l'enseignement et la formation pratique a aussi fait l'objet de l'enquête.</p> <p>Analyse statistique : Les données ont été entrées et analysées à l'aide du programme SPSS et ont été présentées avec des taux observés et des fréquences simples.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Caractéristiques des participants</p> <ul style="list-style-type: none"> - 44% de taux de réponse (soit 229 participants/516) - 46% d'hommes et 54% de femmes - <u>Âge</u> : 24% ont 30 ans ou moins, 27% ont 31 à 40 ans, 32% ont 41 à 50 ans et 17% ont au-delà de 50 ans - <u>Profession</u> : 67% d'infirmières diplômées, 9% de psychiatres, 7% de chefs de clinique en psychiatrie, 6% de psychologues, 8% d'assistants sociaux, 2% d'ergothérapeutes et 1% d'autres. - <u>Lieux de travail</u> : 55% à l'hôpital psychiatrique, 22% dans des structures extrahospitalières, 16% dans une unité de psychiatrie en hôpital somatique, 4% dans une unité d'enfants et d'adolescents, 3% autres. - <u>Expérience en santé mentale</u> : 34% de 5 ans ou moins, 19% de 6 à 10ans et 47% au-delà de 10ans. 	

Expérience et formation préalable

32% des participants ont rapporté avoir eu des formations spécifiques en relation avec les soins aux patients atteints de BPD, principalement à travers leur participation à des cours, à des ateliers, à des supervisions cliniques et par leur présence à des conférences.

Contact et gestion des patients avec un BPD

85% ont rapporté avoir un contact avec les clients borderline au moins une fois par mois ou plus, 32% ont rapporté un contact quotidien. Personne n'a répondu n'avoir aucun contact avec eux.

66% pensent que la gestion des clients BPD est inadéquate. Les raisons identifiées sont les manques perçus dans les services pour traiter ce groupe de patients (50%), le fait de trouver les clients très difficiles à traiter (48%) et un manque de formation et/ou de compétences (29%).

Des commentaires supplémentaires faits par les équipes parlent de la difficulté à avoir une cohérence avec ces clients, du manque d'uniformité dans les stratégies de traitement et d'un problème de stigmatisation. Certains estiment aussi que parfois l'admission est contre-productive.

Evaluation objective des connaissances du personnel

Plusieurs textes et articles de base, qui font autorité, ont été utilisés pour rédiger et noter les réponses des participants à ces questions.

Questions au sujet du diagnostic du DSM-IV

77% ont correctement approuvé que le diagnostic du DSM-IV du BPD est caractérisé par une humeur instable et labile. 47% ont correctement désapprouvé que le diagnostic du DSM-IV du BPD est caractérisé par un ego surdimensionné. 89% ont correctement approuvé que le diagnostic du DSM-IV du BPD est caractérisé par un comportement impulsif, particulièrement autodestructeur.

Questions sur les traitements actuels

61% ont correctement désapprouvé que les clients borderline ne doivent pas être hospitalisés ; 6% n'étaient pas sûrs et 33% ont approuvé. 74% ont correctement approuvé que les psychothérapies à court terme peuvent être utilisées dans la gestion de crises auprès de clients avec un BPD. 68% ont correctement désapprouvé qu'une médication à base d'antidépresseurs n'est pas bénéfique dans le traitement des dépressions vécues par les patients atteints de BPD. 66% ont correctement identifié la fausse déclaration « Le BPD peut évoluer vers une schizophrénie ».

Anamnèse

96% des participants ont dit qu'ils ont, toujours ou habituellement, fait une anamnèse sur les thèmes de la drogue, de l'alcool, de l'automutilation, du suicide, de la famille, des agressions, des relations, des contacts avec la police et de la sexualité.

Connaissances et confiance perçues

La majorité des membres du personnel se considèrent comme moyennement à très bien informés sur l'identification (79%), sur l'évaluation (72%) et sur la gestion (67%) des clients avec un BPD. La plupart d'entre eux se considèrent eux-mêmes comme moyennement à très sûrs d'eux dans l'identification (77%), l'évaluation (69%) et la gestion (61%) des patients avec un BPD. Une minorité du personnel a rapporté qu'elle était modérément à très sûre d'elle dans la

connaissance des services spécialisés pour le BPD (33%) et dans le fait d'orienter les patients vers des services spécialisés dans le BPD (32%).

Attitudes du personnel envers la gestion de ces clients et leurs ressources

80% ont admis trouver la prise en charge des clients atteints de BPD moyennement à très difficile. Une grande proportion (84%) a admis que la prise en charge de ces patients était plus difficile que celle d'autres patients. Plus de 82% du personnel pense qu'en tant que professionnel de santé mentale, ils ont un rôle à jouer dans l'évaluation (86%), la gestion (91%), l'orientation (83%) et dans la formation et l'information (86%) des clients avec un BPD.

Ressources du personnel

70% ont indiqué les ressources qui seraient aidantes pour eux quand ils travaillent avec des clients avec un diagnostic de BPD :

- 80% aimerait des informations pour savoir où orienter les clients.
- 76% souhaitent des ateliers pour exercer leurs compétences.
- 74% souhaitent une formation régulière au sein des services pour les aider à prendre en charge les patients avec un BPD.
- 70% souhaitent un service spécialisé pour ces patients.

Formation continue théorique et pratique

75% aimeraient passer une heure par mois ou plus pour de la formation continue théorique ou pratique en lien avec ces clients. Parmi eux, 67% sont disposés à passer deux heures par mois ou plus pour de la formation continue théorique ou pratique. Seul 5% ont indiqué qu'ils n'étaient pas intéressés par la formation continue et la formation.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les patients avec un BPD sont **un challenge pour le système de santé** pour plusieurs raisons, d'une part, le manque de services spécialisés pour ce type de patients et, d'autre part, la problématique de prendre en charge les patients eux-mêmes. Cette étude se focalise sur une autre source de problème pour les services de santé en relation avec les patients souffrant de BPD, à savoir le personnel qui prend soin d'eux.

Cette étude a été menée dans un secteur public intégré, dans un service de santé mentale, à Sydney, en Australie et a sans surprise relevé que presque tout le personnel a un contact régulier avec des personnes souffrant d'un BPD. Ce contact si fréquent, cependant, ne signifie pas que les soins sont satisfaisants, étant donné que presque les deux-tiers du personnel croient que la gestion de ces patients est inadéquate. Les raisons pour cela incluent un manque dans les services, la perception que les clients eux-mêmes sont difficiles à traiter et un manque de formation et/ou de compétences.

PERSPECTIVES ET IMPACTS POUR LA PRATIQUE

Ces déficits mettent en évidence le **besoin de développer des structures** pour la pratique des équipes multidisciplinaires ; cela faciliterait la confiance du personnel dans la prise en charge de ce groupe de patients. Les résultats mettent en évidence un sentiment partagé sur les **besoins de développer des programmes complets** à l'hôpital et dans les structures extrahospitalières, en ciblant les buts du traitement et les interventions appropriées. **Des objectifs clairs pour les soins**, soutenus par une connaissance de base appropriée, peut apporter à l'équipe un sentiment d'utilité et d'identité.

L'étude suggère, selon la majorité des participants, qu'il existe beaucoup de possibilités pour améliorer la gestion des patients avec un BPD (bien que la correspondance entre leurs perceptions et la réalité externe dépasse le cadre de cette recherche). Les résultats de l'enquête ont également fourni des informations précieuses sur les **besoins de développer des formations continues théoriques et pratiques** en lien avec la répartition des services, tels que l'orientation des patients vers des spécialistes et vers des services spécialisés disponibles. Une majorité absolue du personnel est prête à consacrer du temps aux formations continues théoriques et pratiques. Alors que la formation développée pour le personnel travaillant avec des patients avec un BPD semble être bien reçue, les résultats de cette étude laissent supposer **qu'il faut davantage explorer les besoins du personnel** par rapport à la formation professionnelle et les **misés à jour régulières d'enseignements**, par l'intermédiaire d'enseignements et de formations internes. Cependant, de telles initiatives de formation doivent être développées à l'intérieur des structures de gestion appropriées pour assurer la viabilité de ces interventions. En outre, les interventions formatrices doivent être consciencieusement évaluées dans le but d'estimer si en effet elles apportent non seulement un changement dans la pratique mais aussi une amélioration pour les patients.

En plus de la formation théorique et pratique du personnel, il est important d'identifier des stratégies pour **donner un soutien suffisant au personnel** parce que la majorité du personnel trouve ces clients difficiles. Bien que nous n'ayons pas abordé les supervisions cliniques, nous pouvons supposer que cela offrirait **un espace de parole** dans lequel le personnel pourrait réfléchir et examiner la pratique avec ces patients incluant les limites thérapeutiques et les contre-transferts. Il était intéressant en effet de relever que quelques participants qui ont participé aux supervisions cliniques ont souligné son utilité comme stratégie formatrice pour le développement professionnel. Une approche structurée des supervisions cliniques est suggérée comme une méthode pour aider le personnel à s'adapter aux exigences des services de santé mentale qui changent rapidement, qui inclut les exigences de travailler avec des clients considérés comme difficiles. **La supervision clinique**, utile pour le développement personnel et professionnel, peut aider à compenser les compétences personnelles réduites, que le personnel identifie en considérant ce groupe de patients comme plus difficiles que d'autres groupes de patients.

Globalement, malgré le fait que beaucoup de participants pensaient être bien informés et sûrs d'eux-mêmes dans la gestion des clients avec un BPD, la majorité du personnel a aussi reconnu les difficultés posées par ce type de patients. L'étude tend à affirmer que les gens avec un BPD représentent **un challenge pour les équipes de soins** et approuve le **besoin de développer des services complémentaires et une formation et un soutien** continu du personnel, tout comme la recherche pour améliorer la pratique clinique actuelle. Le BPD est un trouble compliqué qui pose des questions délicates sur les traitements. Il est par conséquent nécessaire de préparer adéquatement le personnel avec des compétences adéquates, des formations pratiques et théoriques et un soutien pour fournir des soins optimaux à ces patients. Le contenu spécifique de telles formations peut varier à l'intérieur des services de santé et requiert davantage d'élaboration et de développement.

ETHIQUE

L'étude a été approuvée dans le setting étudié par « Area Mental Health Research Advisory Committee » et « Ethics Review Committee ».

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES**Critiques des auteurs**

Cette étude a quelques limites. Le taux de réponse était de 44% avec des taux de réponses variant selon les settings entre 41% et 46%. Les contraintes liées à l'éthique signifient que les auteurs n'étaient pas capables de faire des sondages individuels et d'envoyer des rappels personnalisés. Cela peut expliquer le taux de réponse. De plus, la population cible a été considérablement étudiée dans les années précédentes. Malgré un taux peu élevé, les résultats étaient distribués proportionnellement dans tous les secteurs et professions et peuvent être considérés comme représentatifs de la population étudiée. Dans cette mesure, la généralisation des résultats pour d'autres settings demanderait des études supplémentaires.

Remarques personnelles

Plusieurs aspects sont intéressants pour notre question de recherche. Dans l'introduction, la problématique est bien mise en évidence. Ils mentionnent le fait que les prises en charge de ces patients sont souvent incohérentes et que ce sont de véritables challenges pour les services de santé mentale. En effet, ils peuvent induire chez le personnel soignant le sentiment d'être inadéquat, impuissant et incompetent dans la prise en charge. Les comportements de ces patients sont considérés comme très difficiles à gérer. Ceci génère, à son tour, de la part des équipes des attitudes négatives. Et l'élément le plus important qu'ils mentionnent est le fait qu'il existe une littérature abondante sur les interventions spécifiques pour les patients avec un BPD mais la recherche sur la gestion de ces patients dans les services de santé mentale est pauvre. Cela met en évidence la pertinence de notre thématique.

Dans nos critères d'inclusion, nous avons choisi la population infirmière et cette étude comprend également d'autres corps de métiers mais 67% sont quand même des infirmières diplômées. De plus, les résultats nous donnent des pistes intéressantes pour répondre à notre question de recherche. Effectivement, ils évoquent le besoin de développer des programmes complets hospitaliers et extrahospitaliers, en ciblant les buts des traitements et des interventions appropriées. Ils évoquent aussi le besoin d'offrir des formations continues théoriques et pratiques en lien avec la répartition des services, tels que l'orientation des patients vers des spécialistes et vers des services spécialisés. Un dernier élément qu'ils ont mentionné est l'importance du soutien des équipes par des supervisions cliniques, étant donnée la difficulté de la prise en charge. Elles n'ont pas été abordées dans le questionnaire, mais l'étude relève que quelques participants ont souligné l'utilité des supervisions cliniques comme stratégie formatrice pour le développement professionnel. Ces résultats nous aident à répondre à notre première question de recherche, à savoir l'accompagnement infirmier optimal des patients souffrant d'un BPD.

Nous pouvons émettre une critique à l'égard du devis : celui-ci n'est pas nommé dans la recherche. La question de recherche n'est également pas mentionnée, mais nous comprenons clairement leurs objectifs car ils sont nommés à la fin de leur introduction de façon explicite. Le résumé est rédigé en un bloc mais il est très bien écrit et donne un bon aperçu du contenu. Dans l'article, les parties sont clairement délimitées et explicitées. Cette bonne structure nous permet de bien comprendre la démarche entreprise. Le fait d'avoir eu l'aval de 2 comités d'éthique nous montre qu'ils ont été attentifs à l'aspect primordial de l'éthique pour effectuer une bonne recherche. De plus, ils ont nommé les limites de leur étude ; cela montre leur maîtrise de la recherche scientifique et met l'accent sur la rigueur et la qualité de cette étude.

Recherche 2 : Langley & Klopper, 2005

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Langley, G.C. & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 12, 23-32.	
PAYS	
Afrique du Sud	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Développer un modèle de pratique pour améliorer la santé mentale du patient diagnostiqué d'un BPD
Question de recherche/Hypothèses	Quels sont les facteurs que les patients et les cliniciens envisagent comme utile pour maintenir leur santé mentale, au contact ou en soignant des personnes atteintes de BPD ?
Concepts et théories	Dans les résultats, les auteurs ont fait des liens avec certains concepts et théories (La confiance, l'espoir, le prendre soin). Le « holding » de Winnicott est également évoqué dans les résultats.
MÉTHODES	
Devis de recherche	Etude qualitative, exploratoire, descriptive et contextuelle
Population et contexte	Les 20 participants potentiels ont été sélectionnés parmi des patients suivis en ambulatoire et dans des unités de psychothérapie d'un hôpital spécialisé. Critères d'inclusion : avoir un diagnostic de BPD selon les critères du DSM-IV, que tous aient l'expérience d'avoir été des patients hospitalisés et ambulatoires, ainsi que d'avoir suivi des thérapies individuelles et de groupe avec un professionnel de santé mentale dans un cabinet privé. 6 participants , dont 5 femmes et 1 homme ont été interviewés.

	<p>Les critères d'inclusion pour les cliniciens : qu'ils aient une vaste expérience dans la gestion des patients avec un BPD, qu'ils représentent tous les membres d'une équipe de santé mentale multidisciplinaire. 10 cliniciens ont été sélectionnés. Un psychiatre consultant, qui a été formé et qui a de l'expérience en psychanalyse, une infirmière de pratique avancée en psychiatrie, un travailleur social spécialisé en psychiatrie qui travaille en privé et une infirmière en psychiatrie communautaire ont été interviewés individuellement. Deux psychiatres, un psychologue clinicien, deux infirmières de pratique avancée en psychiatrie et un psychologue de conseil ont participé à un groupe de discussion.</p> <p>Contexte : dans des services communautaires psychiatriques, dans la banlieue de Johannesburg, en Afrique du Sud.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Les patients participants ont été interviewés individuellement, dans une conversation informelle, dans un cabinet privé ou à domicile; chaque interview a duré de 1 à 2 heures. Une question ouverte a été posée : « ... (nom) comme vous savez, je suis intéressé à connaître les stratégies personnelles que vous avez trouvées pour maintenir votre santé. Dites-moi qu'avez-vous trouvé utile ? Ils ont raconté leurs expériences au sujet des stratégies, formelles et informelles, proposées par d'autres personnes ou organisations, ainsi que les stratégies personnelles qu'ils ont utilisées pour gérer leur vie.</p> <p>Les participants cliniciens ont été interviewés individuellement dans leur cabinet de consultation ou dans un groupe de discussion qui avait lieu dans une salle d'un hôpital psychiatrique. La question posée était : « Dans votre expérience, quelles interventions ou facteurs thérapeutiques avez-vous trouvé utiles ou bénéfiques pour vos patients borderline ? ». Toutes les interviews ont été enregistrées et retranscrites mot à mot. De plus, pendant l'interview et immédiatement après, des notes prises sur le terrain ont été emportées ; elles ont été ajoutées à la retranscription.</p> <p>L'analyse des données avec les 8 étapes d'analyse systématique textuelle, décrites par Tesch, a été faite simultanément avec la récolte de données, l'interprétation et l'écriture. Le modèle de Guba a été utilisé pour assurer la fiabilité des données. Des tableaux ont été utilisés pour organiser les données, en organisant les catégories et les thèmes dans des tableaux qui permettent un affichage systématique des informations et l'identification de cas négatifs (résultats non valides).</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Des comparaisons ont été faites entre les retranscriptions des interviews jusqu'à ce que certains patterns deviennent évidents : la confiance, les relations thérapeutiques, l'attention et le prendre soin. En identifiant ceux-ci comme des facteurs bénéfiques, les patients ont relevé que ces éléments leur faisaient défaut et qu'ils avaient besoin que ceux-ci soient développés. Les thèmes issus des interviews avec les cliniciens étaient étonnamment similaires : la confiance, l'alliance thérapeutique, l'attention et la fidélité.</p> <p>Il était évident que tous avaient identifié la confiance comme essentielle pour établir et maintenir une alliance thérapeutique, soulignant que sans la confiance toute intervention avait peu de chances de réussir. Les résultats sur le thème de la confiance sont présentés par des extraits de la retranscription.</p>	

La confiance

La confiance a été décrite par chaque patient comme **un élément fondamental, une exigence essentielle pour la création et le maintien de toute relation**. Dans la relation thérapeutique, cette confiance ou croyance en l'autre personne était liée au concept de l'espoir. Une fois la confiance établie le patient commence à croire que le clinicien peut l'aider et cela est à la base d'une relation thérapeutique.

Les cliniciens ont décrit la confiance comme une ancre, un élément fondamental et ont soutenu que la création d'une relation de confiance était essentielle avant toute intervention. Il y a certaines conditions considérées par les patients comme essentielles pour le développement de la confiance : le clinicien doit être perçu comme étant **disponible et accessible, en essayant de comprendre, en écoutant, en soignant**, ce qui confère un **sentiment d'être tenu et contenu**, ainsi ils se sentent émotionnellement et physiquement en sécurité. Le professionnel devrait posséder des qualités telles que **l'honnêteté dans les interactions, respecter la confidentialité**, considérer le patient non comme un expert mais comme une personne adulte, **demeurer calme et ne pas réagir outre mesure** à une question débattue et **maintenir la confidentialité**. C'est seulement lorsqu'il est convaincu que le clinicien est suffisamment expérimenté, professionnel, **flexible et empathique**, qu'il pourra être considéré comme digne de confiance et qu'une base pour le contrat thérapeutique pourra être établie. Ils ont également soutenu que de **développer la confiance prend du temps**, et que la fiabilité du clinicien et de la relation thérapeutique est testée et, si elle fait défaut, le patient aura des difficultés à continuer la relation. Quatre patients ont déclaré que si à la fois le clinicien et la relation sont dignes de confiance, ils peuvent être remplis d'espoir : « quelque part, je vais y arriver... ».

Les cliniciens ont décrit que la confiance est une base pour la relation. Ils sont d'accord que la confiance prend du temps à se développer et ont souligné que le clinicien ne doit pas tenter des stratégies thérapeutiques interprétatives jusqu'à ce qu'une alliance thérapeutique incluant la confiance soit fermement établie. **L'importance de connaître le patient a été soulignée : une anamnèse complète, la connaissance des forces du patient et les stratégies de coping** ainsi que le réseau de soutien sont considérés comme essentiels. Ils ont souligné l'importance de l'empathie, de la compréhension et de la connaissance des expériences du patient et que, même si la façon dont la personne gère ses problèmes peut sembler inefficace ou nuisible, il est important de **reconnaître qu'elle a fait du « mieux qu'elle pouvait»**, étant donné les traumatismes fréquents de leur passé. **Être disponible et accessible** (en établissant des limites professionnelles et personnelles) pour aider le patient lorsqu'il est vulnérable ou en crise assure la continuité, la stabilité et un lieu sécurisant pour le patient : « ils ont besoin d'être contenu, d'avoir une structure, d'être orienté et d'être confronté avec bonté et honnêteté... une sorte de béquille pour les aider... une fois que vous avez obtenu ceci, vous pouvez commencer à aborder d'autres éléments ». **L'honnêteté a également été mentionnée comme un moyen de renforcer la création et le maintien d'un lien de confiance**. Ils ont aussi lié l'espoir à l'établissement de la confiance.

Disponibilité et accessibilité

Les patients ont été réalistes dans le fait qu'ils reconnaissent qu'il n'est pas humainement possible d'être disponible pour eux en tout temps, mais ils ont suggéré qu'un **accord peut être établi pour contacter le thérapeute à des moments définis**. En négociant quand et comment contacter leur conseiller, ils ont reconnu qu'il pouvait les rassurer et les aider à reporter l'envie irrésistible d'agir de façon impulsive. **Les cliniciens affirment que des limites doivent être établies**. Tous ont souligné que la structure, le fait d'être contenu et orienté est essentiel pour faire comprendre au patient sa responsabilité et le ramener à la réalité. De plus, les cliniciens ont souligné l'importance de maintenir des limites et d'être honnêtes avec le patient, de manière à ne pas être

dépassé par les problèmes du patient et de prévenir la détérioration de la relation à cause d'un « burnout » du thérapeute.

Le prendre soin/ La prise en charge

Tous les participants sont sans cesse revenus sur le thème du prendre soin, indiquant qu'ils croyaient que la personne les prend bien en charge si elle **essaie de comprendre leur état d'esprit ou leurs émotions en les écoutant vraiment, en étant disponible** quand ils avaient besoin d'eux et en les acceptant tels qu'ils sont. **Se sentir émotionnellement et physiquement en sécurité** était un élément important pour la confiance. Les participants ont fréquemment mentionné la peur de perdre le contrôle, la peur de ne pas se sentir contenu. Cependant, ils ont souvent mentionné qu'ils ne voulaient **pas d'un contrôle imposé**. Ils étaient d'accord qu'ils avaient besoin d'être contenus. Des suggestions ont été faites quant à la façon dont le clinicien pourrait aider à les contenir et à avoir un self-contrôle, sans imposer un contrôle de façon arbitraire. Aider le client à structurer son temps, **négoier les limites et les barrières dont ils ont besoin** et la question de la médication étaient quelques-uns des moyens identifiés.

Winnicott (1965) parle d'une relation contenante (holding), l'objet significatif (initialement la mère « suffisamment bonne » et dans ce cas le thérapeute) agissant comme un « contenant » pour les plus fortes tempêtes émotionnelles du patient. Le « holding », **une relation contenante est un moyen de rassurer le client que le clinicien est là pour aider le client à garder le contrôle** et quand cela est nécessaire pour garder le contrôle à sa place. Tous les patients ont admis **qu'ils n'aimaient pas nécessairement les limites imposées mais qu'elles étaient utiles**.

L'alliance thérapeutique, l'expérience d'un « autre » ferme mais soucieux et attentionné, le fait de structurer la journée du patient, ainsi que des entretiens de conseil, le fait d'imposer des limites, le fait de maintenir une attention particulière sur les objectifs, en mettant l'accent sur la gestion des difficultés de leur vie quotidienne tumultueuse, en utilisant et en augmentant leurs forces et leurs mécanismes de coping, tous ces éléments impliquent un holding physique et émotionnel qui permet au patient d'expérimenter un sentiment de sécurité et d'être contenu.

Parce que l'une des caractéristiques déterminantes de la pathologie borderline est un comportement impulsif dont l'antidote est l'établissement de limites, toutes les écoles de pensées insistent sur cet aspect du traitement. Bien qu'établir des limites soit une technique comportementale intrinsèque, son importance dans le traitement de patients BPD va au-delà d'une catégorisation d'une seule école. Rockland (1992) dans la discussion de la thérapie de soutien, Kernberg (1993, cité par Paris 1998) dans les psychothérapies axées sur le transfert, Gunderson (1984) dans la thérapie analytique et Linehan (1993) dans la thérapie comportementale dialectique, tous confortent la création de limites comme une intervention importante de soutien.

Quatre patients, au cours des interviews, ont admis qu'un **contrat qui détermine les limites à respecter, les tâches à entreprendre et les responsabilités dans un accord formel était utile**, mais ils ont insisté sur le fait que **les conditions du contrat doivent être négociées**. Le fait de négocier plutôt que d'imposer les conditions, les limites et les conséquences **considèrent la personne comme adulte**. Les participants cliniciens ont tous prôné l'utilisation d'un contrat pour renforcer un partenariat et la responsabilité du client, et pour contribuer à l'autonomisation du client, ils ont mis l'accent sur les limites.

Essayer de comprendre

Tous les patients ont rapporté que **parler avec quelqu'un aidait**. Le clinicien qui parlait avec eux, **en les considérant comme des personnes** et suscitait une

conversation, les aidait à se focaliser sur quelque chose d'autre que leur propre détresse. Ils ont nommé les compétences de base d'une communication thérapeutique : en prenant soin, d'une façon proche, **avec un intérêt et une préoccupation évidente, juste être là** et par le toucher. Ecouter n'implique pas que la personne comprenne, en fait ce n'est pas important de comprendre mais plutôt de se focaliser sur la signification pour le patient.

Cody (1999) cite Reed-Pervis & Dakin dans la discussion des approches thérapeutiques qui pourraient être utilisées lors des contrôles de santé, en soulignant qu'ils sont fondamentalement thérapeutiques et en affirmant que la pratique des contrôles de santé repose sur la création d'une relation avec le patient. Ces approches incluent des **compétences d'écoute active, des capacités d'être avec la personne ; et une capacité à poser des questions**. Cette relation permet de se révéler, à condition que le soignant soit d'une bonne écoute et qu'après les confidences, le praticien puisse **augmenter l'estime de soi du client** et adapter la communication au rythme du client.

Parler à des amis et à la famille a été perçu un peu différemment. Les amis semblent être appelés pour les soutenir lorsqu'ils étaient en détresse. Il a été mentionné par 5 participants que **les amis étaient beaucoup plus tolérants que les membres de la famille** qui étaient généralement perçus comme jugeant, surprotecteurs et avaient tendance à réagir de façon exagérée. Lorsqu'ils avaient l'impression que les amis ne les soutenaient plus, ils se sentaient rejetés. En revanche, un participant a affirmé que **les amis étaient un des facteurs qui l'incitait à prendre ses responsabilités** : « Elle disait qu'elle n'en pouvait plus, d'être appelée à chaque crise, pour me secourir. Elle était là en tant qu'amie et non en tant que thérapeute ».

Cependant, il a été reconnu que, si l'ami est aussi en détresse, se parler l'un l'autre peut à la fois les affecter et aggraver la situation. Les cliniciens sont d'accord que les amis, la famille et les collègues de travail sont importants pour offrir un environnement structurant. Une clinicienne a insisté pour que les patients donnent le nom d'amis ou de membres de la famille, comme des personnes ressources à contacter quand elle était soucieuse pour le bien-être du patient ; cela a ensuite été écrit dans le contrat. Elle a soutenu que faire ainsi était une façon d'établir une relation formelle ainsi qu'une façon de rassurer le patient sur la fiabilité du clinicien, de **renforcer la sécurité de la personne et de veiller à ce que le clinicien ait des personnes ressources à appeler en cas de crise**. Un autre a mentionné que toute sorte de relation stable est de bon augure pour le progrès et a souligné que les **patients devraient être aidés pour développer et pour entretenir leurs relations**.

Professionalisme

Les patients considèrent les cliniciens comme des professionnels s'ils sont **honnêtes, s'ils assurent la confidentialité, s'ils sont capables d'utiliser différentes stratégies thérapeutiques avec flexibilité** plutôt que de montrer leur expertise d'une école de thérapie et s'ils restent calmes mais empathiques lors de situations chargées émotionnellement. La position qu'ils adoptent envers le client en assurant la « sécurité de la situation thérapeutique » est au cœur d'une posture thérapeutique, selon Buckley (1994, p.524). Celui-ci se réfère aux théoriciens de la relation tels que Fairbairn, Winnicott et Kohut, psychologues.

Quatre participants ont souligné la nécessité pour le clinicien d'interagir avec eux comme des personnes et non comme des patients, **d'interagir avec eux d'adulte à adulte**. La nécessité pour les autres personnes significatives, que ce soit les amis, la famille, l'aide des professionnels, de les traiter comme des personnes et non comme des problèmes, des objets ou des enfants, était clairement exprimée : « Je ne suis pas juste un cas ou un problème ou un paquet

ou une chose. J'ai des problèmes, oui, mais je ne suis pas juste un problème ! » Gross (2001, pp.207-217) soutient que le thérapeute a besoin de transmettre son intégrité au patient afin de protéger la personne et susciter la confiance. Lorsque l'honnêteté est soulignée comme une exigence des deux parties dans la relation et que le clinicien en témoigne, le patient est susceptible d'être honnête à son tour. Thorne (1996, in Dryden, pp. 132-133) déclare simplement que la thérapie ne peut pas se mettre en place, à moins que les thérapeutes puissent interagir de façon à ce que le patient les perçoive comme dignes de confiance et fiables.

La confiance prend du temps

Les patients ont relevé que la confiance prend du temps à se développer. McHale et Deatrck (2000, pp. 213-215) ont constaté que la confiance est un processus qui requiert du temps pour se développer, qui requiert une volonté mutuelle et une réciprocité et est caractérisée par des attentes – chaque personne impliquée a des attentes envers l'autre.

Espoir

Quatre patients ont fait un lien entre la création de la confiance et l'émergence de l'espoir. Il est apparu que, une fois la confiance établie, l'espoir a commencé à émerger. Les cliniciens semblent être d'accord avec cette vision. Beaucoup de patients borderline ont été sexuellement ou physiquement abusés (Van der Kolk et al. 1989, Ogata et al. 1990, Brodsky et al. 1997). Holmes (1999) attribue l'origine d'un sévère trouble de personnalité à un manque fondamental d'une « base sécurisante » dans l'enfance. En s'appuyant sur la théorie de l'attachement adoptée par Bowen, il dit que l'origine du trouble borderline est le résultat d'une incapacité à assurer une base sécuritaire. Cela est atteint quand l'expérience initiale de l'enfant envers celui qui lui prodigue des soins (habituellement la mère) est sécurisante et se manifeste par des contacts étroits et un plaisir actif du bébé, l'interprétation des besoins du bébé, une réactivité et un apaisement efficace. Ainsworth et al. (1978) a identifié les patterns de réponse durables où le processus menant à un attachement sécure est perturbé; chez les enfants socialement défavorisés ou abusés sexuellement, une structure « désorganisée » s'est développée. Des études complémentaires (Ainsworth 1989) ont indiqué que les enfants ont trouvé des stratégies pour gérer la détresse : ils ont pris un rôle parental, de soignant ou de protecteur. Les personnes qui ont subi de la violence et de la trahison étant enfants seront confus et ne seront pas à qui ou ce qui est digne de confiance. Derrière cette confusion il y a une rage écrasante, une blessure et une incapacité à se faire confiance. Ceci est lié à la tendance du patient à « agir », en s'engageant dans un comportement séducteur, en hésitant à s'engager dans la thérapie, afin de tester la fiabilité du thérapeute et d'augmenter son propre niveau de contrôle dans le but répondre à la crainte d'une trahison imminente.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'accent mis sur **la confiance comme une base pour une relation thérapeutique** a été répétée tout au long des interviews avec les patients et les cliniciens. Bien que cette étude porte sur les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline dans un contexte psychiatrique communautaire, les infirmières dans tous les domaines considèrent **la relation thérapeutique comme la base pour les interventions**. Barnum (1998) indique que les théoriciens en soins infirmiers tels que Watson, Patterson et Zderad, Orlando, King et Peplau renforcent le caractère relationnel des soins infirmiers, malgré leurs différents points de vue. Les guidelines du National Health Service au Royaume-Uni dans son rapport de 1992 sur la santé (ministère de la Santé 1992)

déclarent que **la relation entre le patient et le soignant est reconnue comme étant d'une importance fondamentale**. Que ce soit en pratiquant des soins infirmiers généraux, dans l'obstétrique, dans un contexte communautaire tels que les praticiens en soins primaires dans des services de santé mentale ou toute autre discipline spécialisée, **la relation infirmier-patient est essentielle pour que l'infirmière puisse offrir et le patient accepter des soins infirmiers de qualité**. Les principes pour la création et le maintien d'une confiance telle qu'énoncée par le patient et les cliniciens devraient être appliqués dans toute relation infirmière-client. En renforçant la confiance, le clinicien établit non seulement la base pour une relation thérapeutique mais transmet aussi l'assurance qu'il sera digne de confiance et l'espoir que le patient sera digne de confiance dans la relation ; ce qui lui permet, à son tour, de faire confiance et, en outre, d'avoir la capacité de se faire confiance. Le comportement de chaque personne affecte et est affecté par le comportement de chaque autre personne. Si la confiance n'est pas atteinte dans la relation, le scepticisme et la méfiance peuvent prévaloir. En tant que tel, les leçons tirées par les patients et les cliniciens peuvent être appliquées dans les soins infirmiers généraux.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Voir dans résultats et discussion

ETHIQUE

La permission du comité d'éthique de l'université, des autorités compétences de l'hôpital et de la province, aussi bien que des responsables d'unité a été sollicitée et accordée pour l'étude. Les patients et le personnel soignant a participé de façon volontaire ; ils ont reçu des informations écrites détaillées et ils ont signé un formulaire de consentement. L'anonymat, la confidentialité et le droit de se retirer à n'importe quelle étape de l'étude a été assuré.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Remarques personnelles

Un aspect intéressant est le fait que cette étude soit effectuée par un infirmier praticien en psychiatrie avancée. Nous estimons que cette recherche est pertinente parce qu'elle explore à la fois le point de vue de patients souffrant de BPD et celui des cliniciens qui les prennent en charge. Avoir des avis diversifiés confère de la richesse pour élaborer des stratégies. Etant donné que notre question est de trouver des stratégies pour aider les soignants à mieux prendre en charge ce type de patients mais également de trouver des stratégies pour améliorer la relation, cette étude propose de nombreuses pistes pour la pratique. La structure de l'article permet une lecture des différents thèmes, qui sont exposés explicitement et clairement. Les auteurs ont appuyé leurs résultats en faisant référence tout au long de l'article à de nombreuses autres références et théories, ce qui nous semble être un signe de qualité. Les avis et des patients et des cliniciens sont indiqués distinctement et le fait de ponctuer certains passages de textes par des témoignages rend la lecture de la recherche agréable. Les objectifs sont nommés. Nous émettons une critique à cette étude : la taille de l'échantillon est petite, en effet, la population concernée évoque six patients et dix cliniciens. Malgré ceci nous avons pu constater une richesse de perspectives pour la pratique.

Recherche 3 : Krawitz & Batcheler, 2006

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Krawitz, R. & Batcheler, M. (2006). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. <i>Australasian Psychiatry</i> , 14(3), 20-22.	
PAYS	
Nouvelle-Zélande et Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Mener une enquête pilote sur l'avis des cliniciens sur la pratique défensive quand ils travaillent avec des adultes ayant un BPD et évaluer la fréquence des pratiques défensives dans le traitement des adultes souffrant de BPD.
Question de recherche/Hypothèses	Il existe un fort consensus sur le fait que des mesures de traitement trop défensives peuvent accroître le risque à long terme en travaillant avec des adultes souffrant de BPD.
Concepts et théories	Il existe un fort consensus sur le fait que des mesures de traitement trop défensives peuvent accroître le risque à long terme avec des adultes souffrant de BPD. Les pratiques défensives peuvent se traduire par des mesures de protection excessives, par exemple, l'hospitalisation prolongée, des surveillances 1 : 1 de longue durée et l'utilisation fréquente ou de longue durée de la législation sur la santé mentale. Ces mesures excessives peuvent diminuer l'efficacité des efforts visant à réduire les problèmes, ainsi que l'efficacité du traitement destiné à aider les patients à se considérer eux-mêmes comme capables de se gérer. Les préoccupations médico-légales, l'insuffisance des ressources communautaires, l'anxiété quant aux conséquences d'une mauvaise évolution du patient et la préoccupation de diminuer les risques à court terme peuvent être des facteurs contribuant à la pratique défensive. O'Brien et Flote rapportent: « Je pense que parfois, quand les médecins et les infirmières essaient de se protéger eux-mêmes, ils ne prennent pas vraiment les décisions dans le meilleur intérêt du patient ».
MÉTHODES	
Devis de recherche	Enquête pilote

Population et contexte	Tous les cliniciens en santé mentale dans des services communautaires de crise et d'hospitalisation d'adultes dans un service de santé mentale en Nouvelle-Zélande et dans l'état de Victoria, en Australie ont rempli un questionnaire (N=29).
Collecte des données (outils) et analyse	<p>L'échantillon comprend tous les cliniciens qui assistent à des colloques hebdomadaires dans deux services communautaires, un service d'hospitalisation et un service de crise de santé mentale en Nouvelle-Zélande. Ces quatre colloques ont englobé tous les services communautaires, hospitaliers et de crise dans des services publics de santé mentale pour adultes.</p> <p>Une enquête a été menée pour évaluer les croyances et les comportements des cliniciens dans le traitement de personnes souffrant d'un BPD. On leur a présenté des affirmations sur le traitement des adultes avec un BPD et on leur a demandé s'ils étaient d'accord, pas d'accord ou ni l'un ni l'autre avec l'énoncé. Les 29 cliniciens ont rempli le questionnaire anonyme. Les données descriptives ont été recueillies et rassemblées pour l'analyse.</p>
RÉSULTATS	
<p>L'enquête a été remplie par 29 cliniciens d'un service communautaire pour adultes (55%, n=16), d'un service hospitalier en soins aigus (24%, n=7) et d'un service de crise (21%, n=6). Les infirmières (48%, n= 14) étaient le plus grand groupe professionnel représenté, suivi par des psychologues (21%, n=6) et des psychiatres (14%, n=4). Les données démographiques sur le genre et l'âge n'ont pas été recueillies. 85% (n=22 sur 26) sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle au cours de l'année précédente, ils avaient adopté une approche thérapeutique qui n'est pas dans le meilleur intérêt du patient, mais les protège contre les répercussions médico-légales, 15% (n=4) n'ont pas adopté une telle approche défensive.</p> <p>Ceux qui ont une méthode défensive ont déclaré que cela s'est produit à la fréquence suivante, dans l'année précédente : 1-3 fois : 36% (n=8), 4-6 fois : 18% (n=4), 7-12 fois : 9% (n=2), 12-52 fois : 18% (n=4), >52 fois : 18% (n=4). Ceux qui avaient pratiqué la méthode défensive ont déclaré ce qui suit comme des facteurs contribuant à leur pratique défensive : les médias (73%, n=16), les cadres supérieurs (55%, n=12), la médecine légale (55%, n=12), les directeurs cliniques (55%, n=12), le ministère de la santé (46%, n=10), la famille des patients/les amis (46%, n=10), les supérieurs hiérarchiques directs (41%, n=10), les patients (36%, n=8) et les politiciens (36%, n=8).</p>	
DISCUSSION ET CONCLUSION	
<p>85% des participants avaient adopté une pratique défensive qu'ils pensaient ne pas être dans le meilleur intérêt de leurs patients. Cette étude pilote suggère qu'un écart cliniquement significatif peut exister entre les points de vue des cliniciens sur les meilleures pratiques et les pratiques réelles dans le traitement des adultes atteints de BPD. Le but de cette enquête a été limité à l'évaluation d'une éventuelle pratique défensive des cliniciens en santé mentale travaillant avec des adultes ayant un BPD.</p> <p>Conclusion : Les résultats confirment les impressions cliniques d'un écart important entre les points de vue des cliniciens sur les meilleures pratiques et la pratique réelle. L'importance des résultats justifie une étude approfondie de la recherche impliquant plusieurs centres et plusieurs régions. Confirmer les résultats aurait une implication pour les cliniciens et les administrateurs qui cherchent à améliorer les résultats cliniques des personnes atteintes d'un BPD.</p>	

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

En tant que professionnels qui s'efforcent de réduire les comportements d'automutilation et à tendance suicidaire et de diminuer la probabilité d'une mort intentionnelle ou accidentelle, nous avons besoin d'une approche qui synthétise des points de vue en coupe transversale et longitudinale. Les crises sont aussi de précieuses opportunités pour apprendre et modifier des schémas chroniques, y compris les alternatives au suicide et aux automutilations, comme des moyens pour faire face à la détresse. **Il doit y avoir un équilibre entre la création d'un environnement qui protège contre le risque suicidaire à court terme et un environnement qui encourage et facilite le changement à plus long terme, protégeant ainsi contre le suicide à long terme.**

Le trouble de la personnalité borderline et le trouble dépressif coexistent souvent. Il est important de bien traiter la comorbidité de la dépression ; cela limitera les risques. D'autre part, le trouble de la personnalité borderline doit également être un objectif important du traitement. Gunderson et al. ont récemment étudié l'évolution des patients ayant une comorbidité de BPD et d'une dépression majeure ; ils ont conclu que « les cliniciens ne doivent pas ignorer les troubles de la personnalité borderline dans l'espoir que le traitement du trouble dépressif majeur sera suivi par une amélioration des BPD ».

Selon l'expérience commune des cliniciens spécialisés, un facteur principal influençant le comportement des cliniciens dans la gestion des risques du BPD est l'anxiété au sujet des conséquences plus larges d'une mauvaise évolution du patient. **Les cliniciens perçoivent un manque de soutien pour les pratiques** qui laissent place aux risques avec les patients avec un BPD. Si on ne répond pas de façon efficace à cette préoccupation, inviter les cliniciens à pratiquer selon la manière recommandée aurait peu d'impact et pourrait invalider et discréditer de véritables préoccupations.

Les nombreux participants à l'enquête ont attribué les pratiques défensives aux préoccupations concernant les patients et leurs proches. La littérature sur le traitement du BPD suggère qu'orienter les patients et leur réseau social vers le traitement pourrait aider les cliniciens. Des consultations concernant une planification de la gestion des risques ont été rapportées dans la littérature. Les participants à l'enquête ont tous attribué leurs pratiques défensives aux préoccupations relatives à l'ensemble du système de traitement (les supérieurs hiérarchiques, les cadres supérieurs et les directeurs cliniques) et les organismes externes au traitement (les médias, la médecine légale, le département de la santé du gouvernement national et les politiciens).

Répondre à l'inquiétude du clinicien sur l'ensemble du traitement peut permettre une pratique efficace. **Construire de solides structures cliniques et organisationnelles au sein de l'équipe et des services** peut répondre aux préoccupations des cliniciens, d'une manière susceptible d'améliorer l'évolution des patients. Les stratégies visant à surmonter ces obstacles lors de traitements spécialisés peuvent aussi être bénéfiques aux prestations de soins cliniques généraux. Les traitements ont clairement besoin de trouver des moyens de renforcer les traitements efficaces plutôt que les traitements inefficaces. Explorer des solutions externes à la planification du traitement, tels que le cadre juridique, devrait être un autre domaine d'activité.

ETHIQUE

Questionnaire anonyme

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Selon les auteurs

Les limites de cette enquête pilote incluent la petite taille de l'échantillon, les possibles biais du questionnaire, les données recueillies par l'auteur et le fait que le questionnaire n'a pas été testé au préalable pour la validité et la fiabilité. Cependant, les résultats correspondent à l'avis des cliniciens spécialisés dans divers centres de consultation, de formation et de traitement clinique pour les adultes diagnostiqués d'un BPD.

Une autre considération de cette enquête pilote est qu'elle a été complétée par des cliniciens dans une seule région ; ceux-ci peuvent avoir été influencés par des facteurs locaux qui ne peuvent pas être généralisés. Ces variables pourraient être explorées dans une étude future dans plusieurs centres et régions. La législation néo-zélandaise qui prévoit une indemnisation du gouvernement pour les dommages personnels pourrait rendre les procédures contre les cliniciens moins probables qu'en Australie.

Remarques personnelles

Dans cette étude est nommée la pratique défensive. Nous avons eu besoin de mieux définir ce terme. Selon Mullen (2008), la pratique défensive se produit chaque fois qu'un praticien place la priorité dans le fait de se protéger lui-même contre d'éventuels blâmes plutôt que de viser les intérêts du patient. Cela dans le but d'éviter une plainte légale. Les exemples donnés par l'étude de Passmore & Leung (2002) mettent en évidence ces aspects. Ils nuancent deux aspects, positifs et négatifs, à la pratique défensive. Les aspects positifs pourraient inclure l'amélioration de la qualité des services avec des explications plus détaillées données au patient et une meilleure satisfaction des patients. Les aspects négatifs peuvent être illustrés par une prescription de traitements inutiles, une surveillance accrue et des suivis exagérés des patients hospitalisés.

En partant de cette étude, nous réalisons que les soignants sont au cœur d'un système et que cela influence leur pratique auprès du patient. En effet, la pratique défensive est influencée non seulement par l'environnement proche du patient (famille, amis), mais également par un environnement plus large (les supérieurs hiérarchiques, les médias, la législation et le système politique). 85% des participants ont affirmé qu'au cours de l'année précédente, ils avaient adopté une approche thérapeutique qui n'est pas dans le meilleur intérêt du patient, mais les protège contre les répercussions médico-légales. Nous pouvons constater un écart entre des pratiques optimales pour les patients avec un BPD et ce qui est fait dans la réalité. Ce que nous pouvons retenir dans leur discussion est **qu'il y a un manque de soutien du personnel** envers les risques potentiels avec les patients souffrant de BPD. L'anxiété du personnel quant à une mauvaise évolution des patients influence leur prise en charge. Il faudrait donc répondre à cette inquiétude du clinicien **en construisant de solides structures cliniques et organisationnelles et en explorant des solutions externes telles que le cadre juridique.**

Nous pouvons lire dans le résumé que la structure est bien présentée et celle-ci est également explicite dans la suite de l'article. Les mots-clés sont clairement indiqués dans le résumé. Le titre rend compte de la thématique. Nous souhaitons émettre une critique quant à l'éthique : seul l'anonymat est mentionné. L'échantillon étant petit, nous ne pouvons pas généraliser les résultats, mais nous avons choisi de conserver cette étude car les infirmières sont le plus large groupe professionnel représenté (48%).

Recherche 4 : Forsyth, 2007

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 14, 33-40.	
PAYS	
Royaume-Uni	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Cette étude vise à : <ul style="list-style-type: none"> - définir si les processus cognitifs des travailleurs en santé mentale varient en fonctions des diagnostics cliniques de BPD ou de trouble dépressif majeur, - définir si cela a réellement un impact sur les réactions émotionnelles et les comportements de soutien des travailleurs en santé mentale.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par l'auteur
Concepts et théories	La relation thérapeutique en tête-à-tête est l'intervention la plus fréquemment utilisée par les infirmières de santé mentale (Beeber, 1995). Cette relation est supposée avoir quatre phases : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution (Peplau, 1991). La phase d'orientation commence lorsque l'infirmière et le client se rencontrent et finit lorsque le client commence à identifier les problèmes à examiner avec l'infirmière. L'attitude de l'infirmière est l'un des facteurs les plus importants pour faciliter le passage de la phase d'orientation à la phase de traitement (Forchuk et al., 1998) ; celle-ci doit se montrer amicale, intéressée, attentionnée, compréhensive, avec une passion pour le travail et traiter le client comme un être humain. La relation thérapeutique a été conceptualisée comme étant un élément central pour la guérison. Cependant, l'alliance thérapeutique , plutôt que la relation thérapeutique, a été identifiée comme l'un des éléments essentiels pour l'efficacité d'une psychothérapie. Les principales composantes de l'alliance thérapeutique sont les tâches, les objectifs et le

	<p>lien. Respectivement, celles-ci concernent les interventions thérapeutiques nécessaires pour atteindre les objectifs du client ; et la composante du lien peut être comparée à la notion de relation. Il est donc possible que la relation thérapeutique sans alliance thérapeutique place l’infirmière en santé mentale dans un rôle de gardienne (Speedy, 1999), étant donné que l’alliance thérapeutique fait sens pour l’infirmière et qu’elle permet de mieux comprendre le fonctionnement des clients en faisant en sorte que leurs comportements semblent acceptables. La qualité de l’alliance est positivement corrélée avec les résultats cliniques chez les clients qui ont présenté des aspects positifs dans leur fonctionnement interpersonnel et qui ont été compliants, comparé à ceux qui se sont montrés hostiles (Muran et al., 1994).</p> <p>Les réactions émotionnelles face aux clients varient en fonction de l’authenticité des symptômes du client (Parsons, 1951) ou si le comportement est considéré comme exigeant ou facile (May & Kelly, 1982). Cela met en évidence le rôle des attributions causales de l’infirmière envers les comportements de leurs clients. Les réactions émotionnelles des infirmières sont liées à leurs croyances au sujet de leurs clients ; ces dernières affectent la nature de leurs relations. Ceci suggère que les travailleurs en santé mentale font des attributions causales (Weiner, 1980). Les réponses empathiques sont liées aux attributions de non-contrôlabilité et de stabilité des symptômes (Weiner, 1986). Les réactions colériques sont liées à des attributions de contrôlabilité et d’instabilité ; elles conduisent à une interruption de la relation d’aide (Weiner, 1995). Le personnel s’est montré moins favorable à aider des clients avec un BPD étant donné qu’ils les perçoivent comme ayant plus le contrôle sur leurs comportements et sur les événements négatifs ; les infirmières ont donc moins de sympathie et moins de comportements de soutien qu’envers les clients souffrant d’un trouble dépressif majeur ou d’une schizophrénie.</p>
<p>MÉTHODES</p>	
<p>Devis de recherche</p>	<p>L’étude a un devis factoriel à mesures répétées 2 x 2 x 2. (quantitative)</p>
<p>Population et contexte</p>	<p>L’étude a été menée dans un secteur de santé mentale du NHS (National Health Service = service de santé public national). Il comprend quatre services d’hospitalisation en soins aigus pour adultes et une unité de soins intensifs psychiatriques. Le personnel compte 120 travailleurs en santé mentale. 26 questionnaires ont été retournés ; 14 sont des infirmières diplômées en santé mentale, et neuf sont des aides.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Il y a trois variables indépendantes, avec chacune deux valeurs (1) diagnostic (a) BPD (b) MDD ; (2) l’attribution de stabilité pour un événement négatif (a) stable et (b) instable, et l’attribution de contrôlabilité (3) pour un événement négatif (a) contrôlable et (b) incontrôlable. Des vignettes ont été construites ; elles consistaient en une description d’un client n’ayant pas achevé une thérapie et une raison, contenant les variables indépendantes de contrôlabilité et de stabilité a été apportée. La manipulation de la contrôlabilité et de la stabilité a été validée dans une étude pilote (n=60). Les évaluateurs indépendants étaient des professionnels en santé mentale travaillant dans différents lieux. On leur a demandé de considérer les vignettes</p>

	<p>en fonction de ces deux dimensions, en utilisant une échelle de Lickert à 6 points pour chaque dimension. Les scores moyens ont été obtenus pour la contrôlabilité et la stabilité pour chaque vignette avec des scores faibles indiquant des attributs incontrôlables et instables, et des scores élevés pour des attributs contrôlables et stables.</p> <p>Récolte de données Il y a trois variables dépendantes sous la forme d'une échelle de Likert : (1) la colère ; (2) l'empathie ; et (3) le comportement de soutien. Ces items ont été puisés d'une échelle sur l'empathie (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Celle-ci a été utilisée pour déterminer l'effet de l'empathie sur les résultats de la thérapie cognitivo-comportementale. L'échelle de l'empathie a un degré modéré de fiabilité et un coefficient alpha de Cronbach de 0,76 (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992).</p> <p>Chacune des échelles comporte cinq éléments utilisant une échelle de Likert à 4 point. Un score distinct a été obtenu pour chacune des échelles. Le score de chaque échelle va de 0 à 15 et un score total a été obtenu pour la colère, l'empathie et le comportement d'aide. Il fallait environ 20 minutes pour compléter les échelles. L'échelle a été adaptée de l'échelle d'origine. Celle-ci mesure l'alliance, objet de la présente étude.</p> <p>Procédure : Les participants ont été invités à lire chacune des vignettes, puis à évaluer la colère, l'empathie, le comportement aidant en réponse à chaque vignette.</p> <p>Analyse des données Les données ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS. Les scores moyens ont été obtenus à partir de tous les participants sur les échelles de la colère, de l'empathie et du comportement d'aide. Ils ont ensuite été analysés en utilisant une analyse de variance à 3 facteurs (ANOVA), et les différences entre les diagnostics et les attributions ont été explorées. Les statistiques descriptives sous forme de moyennes et d'écart-types ont été produites et des inférences statistiques ont été obtenues de toutes les variables indépendantes.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Un échantillon de 68 participants a été nécessaire. La taille de l'échantillon a été basée sur les calculs suivants : un devis factoriel 2 x 2 x 2, en supposant un score de 0,8 (Cohen, 1988), une taille d'effet =0,25 (moyenne) et un niveau alpha de 0,05. Tout le personnel travaillant au sein d'un service de soins aigus pour adultes a été invité à participer. Sur les 120 questionnaires distribués, 26 ont été retournés (taux de réponse de 22%). Les tentatives pour améliorer le taux de réponse incluaient l'envoi répété de questionnaires et de lettres aux participants, aussi bien que l'information donnée aux participants de l'étude par le chercheur principal. Cependant, ces approches ont eu un effet négligeable sur le taux de réponse. Trois participants n'ont pas déterminé s'ils étaient qualifiés ou des aides. La moyenne d'âge était de 38,9 ans (extrêmes 23-62 ans) et la durée moyenne de l'expérience était de 7,7 ans (Ecart-type 7.04, allant de 0.3 à 25 ans).</p>	

Association entre les variables

Les résultats suggèrent que les infirmières ont **montré davantage de colère envers les patients qui ne suivent pas de thérapies pour des raisons contrôlables et stables**. Un tableau montre que la colère envers les patients borderline et avec une dépression majeure est plus grande dans la combinaison stable/contrôlable que dans d'autres dimensions attributionnelles. Ces dernières ne sont pas significatives. Il y avait une interaction principale pour le facteur de contrôlabilité avec une différence significative entre contrôlabilité et incontrôlabilité en terme de colère ($F=5.2$, d.f. 1, 25, $P=0.031$).

Les résultats de cette étude indiquent que dans les deux diagnostics **il est plus difficile d'aider si les facteurs de stabilité et de contrôlabilité sont conjugués**, et que l'aide augmente pour les facteurs instables et incontrôlables. Une forte corrélation est perçue entre le comportement de soutien attendu et le diagnostic avec une différence significative entre le BPD et le trouble dépressif majeur ($F= 5,2$, d.f. 1,16 $P=0.03$) ; les infirmières sont plus à même d'aider les patients avec un diagnostic de trouble dépressif majeur que ceux atteints d'un BPD. Il n'y avait pas de différence pour les facteurs de contrôlabilité et d'aide. Cependant, il y avait une forte influence du facteur de la stabilité avec une différence significative en terme d'aide ($F =9,8$, d.f. 1,32, $P=0.04$) ; les travailleurs en santé mentale sont moins susceptibles d'aider en cas de facteurs stables comparés aux facteurs instables.

Pour les clients qui n'effectuent pas des thérapies, l'empathie des travailleurs en santé mentale est plus grande pour les facteurs instables et incontrôlables, et il y a moins d'empathie pour les facteurs stables et contrôlables. Les scores moyens de l'empathie augmentent dans tous les facteurs attributionnels pour le diagnostic de trouble dépressif majeur. Cela ne se produit pas pour le diagnostic de BPD. Ceux-ci ne sont pas significatifs. Ce n'était pas significatif pour les facteurs de stabilité, de contrôlabilité et pour le diagnostic. Il n'y avait pas d'effets d'interaction. Pour ce qui est des scores combinés de la colère, de l'aide et de l'empathie avec les diagnostics, **on peut voir que le diagnostic de BPD engendre plus de colère, moins d'aide et d'empathie par rapport au diagnostic de trouble dépressif majeur** ; les résultats ne sont pas significatifs pour les facteurs de colère et d'empathie, mais il y a une forte influence pour le facteur d'aide ($F = 5.2$, d.f. 1,16, $P=0.03$).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats de cette étude indiquent qu'il y a une tendance à avoir **des scores de colère plus élevés** pour chaque diagnostic **en cas de dimensions stables/contrôlables** par rapport à d'autres combinaisons attributionnelles. Il y avait un effet principal du score de la colère sur la contrôlabilité. Les travailleurs en santé mentale sont plus susceptibles d'offrir de l'aide lorsque les causes de la non-compliance sont attribuées à des facteurs instables et incontrôlables. La différence est significative pour le facteur de stabilité seulement, avec plus d'aide probable lorsqu'il y a plus de compliance. Les résultats de cette étude **semblent indiquer que les travailleurs en santé mentale sont moins susceptibles d'aider les patients avec un diagnostic de BPD comparé à ceux avec un trouble dépressif majeur**, et que ce résultat est statistiquement significatif.

Recherches antérieures et implications théoriques

La relation entre la contrôlabilité et des scores élevés de colère, une diminution de l'empathie et des comportements d'aide a été étudiée ; quelques résultats de cette étude étaient conformes avec les recherches antérieures (Weiner, 1980), dans le fait que la contrôlabilité est la dimension principale dans la gestion des réactions de colère chez les professionnels.

Contrairement à Weiner, aucune relation n'a été trouvée entre les réactions émotionnelles et l'aide ; cela peut s'expliquer en partie par le manque d'analyses de co-relations effectuées dans cette étude. Le résultat selon lequel l'aide est renforcée par des attributions stables a aussi été trouvé dans l'étude précédente (Sharrock et al., 1990) ; cela a été relié à l'optimisme qui renforce les réponses d'aide, réfutant l'opinion antérieure de Weiner.

La conclusion de cette étude que le diagnostic a un effet sur l'aide n'a pas été rapportée ou mesurée dans la recherche antérieure sur les attributions ; celle-ci trouve une forte corrélation entre les niveaux de contrôle, de colère et de sympathie (Markham & Trower, 2003). Cependant, l'étude précitée n'a pas rendu compte de l'impact des points de vue et des attributions causales sur le comportement d'aide ultérieur qui s'est avéré être significatif dans cette étude.

Conclusion

Cette étude a montré une **relation entre les combinaisons de la contrôlabilité et de la stabilité sur la colère, l'empathie et les comportements de soutien**. Les clients perçus comme ayant des raisons contrôlables et stables pour ne pas achever une thérapie recevaient moins d'empathie de la part des travailleurs en santé mentale. L'aide était plus grande lors de motifs stables pour les patients dépressifs comparés à ceux avec un BPD, et il y avait également une **tendance à aider davantage les patients avec un trouble dépressif majeur** comparés à ceux avec un BPD, ceci dans toutes les attributions causales. Le fait que les travailleurs en santé mentale ont montré plus de réactions négatives vis-à-vis des clients ayant un diagnostic de BPD et non compliants aux thérapies confirme le besoin d'approches efficaces pour aider à explorer les réactions émotionnelles et les perceptions biaisées. Non seulement avec ce groupe de clients mais aussi avec des personnes ayant d'autres diagnostics et qui ne terminent pas les thérapies ou qui ne sont pas compliants à leur traitement.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Implications cliniques

Quelques résultats de l'étude peuvent avoir des implications cliniques dans les soins en santé mentale aux clients avec ces diagnostics. Les **réactions de colère au sein du personnel sont plus probables lorsque l'on travaille avec ce groupe de clients**. Les clients ayant un BPD, qui évoquent de forts sentiments chez le personnel en début de traitement, tendent à avoir de meilleurs résultats cliniques suite au traitement comparé à ceux qui n'évoquent pas de réaction émotionnelle (Holmqvist, 2000). Cela suggère qu'il y a un **besoin de développer des cadres de réflexion afin de comprendre les émotions que les travailleurs en santé mentale peuvent expérimenter** en travaillant avec des personnes avec un diagnostic de BPD. La réflexion peut aussi aider le personnel à aller au-delà du diagnostic et intégrer, par exemple, l'élaboration d'une théorie cognitivo-comportementale (Bowers, 2003). Les méthodes utilisées dans cette étude peuvent servir de méthode pour évaluer l'impact de ces approches réflexives. Une autre constatation de l'étude est le biais du traitement de l'information qui n'est pas favorable à la relation thérapeutique. Cela s'est aussi produit au sein des équipes (Watts & Morgans, 1994), qui ont ensuite elles-mêmes rompu le lien avec les clients. Ainsi, **une personne intermédiaire, extérieure à l'équipe de soins**, qui peut mettre en doute ces processus de réflexion et une interprétation erronée de l'information, peut aider à rechercher les facteurs qui influencent la représentation actuelle du client.

Les résultats et la méthodologie de cette étude peuvent également aider à la formation du personnel en santé mentale ; en effet, les vignettes et les réactions mesurées dans cette étude pourraient être utilisées avant et après un atelier pour développer la compréhension

de cas complexes tels que ceux atteints de BPD. Cela permettrait aux individus de découvrir leurs cas cliniques et l'impact de la formation pourrait être immédiatement évalué.

Enfin, il serait intéressant de développer une meilleure compréhension des croyances des travailleurs en santé mentale à l'égard des clients qui ne terminent pas les thérapies et à l'égard des patients récurrents pour ces professionnels. Ces clients sont associés à l'attribution stable qui a été mesurée dans cette étude. Le travail de Padesky (1998), concernant le fait d'agir sur les croyances des soignants, peut aider à illustrer le besoin d'une formation supplémentaire et de supervisions au sujet de ces pensées qui peuvent interférer avec l'alliance thérapeutique, comme une condition sine qua non pour travailler avec ces clients complexes.

ETHIQUE

L'approbation éthique a été obtenue du comité d'éthique de la recherche locale. Les participants ont reçu des informations sur l'étude. En remplissant le questionnaire, les participants ont consenti à participer à l'étude. Autres aspects de l'éthique : participation volontaire des participants, principes de justice et d'équité respectés, anonymat et confidentialité des données.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Limites de la méthodologie et de la recherche (selon l'auteur)

Un certain nombre de problèmes méthodologiques ont été rencontrés dans la mise en œuvre de cette étude. Le premier problème a été le **faible taux de réponse**. Cela peut avoir un effet sur le test statistique. Lorsque les sujets sont difficiles à recruter, la puissance peut être augmentée, par exemple, en appliquant des mesures plus strictes (Hallahan & Rosenthal, 1995). Cette approche a été entreprise dans cette étude où les échelles de mesures précédentes de la colère, de l'empathie et de l'aide ont été remplacées par un total de cinq échelles pour chaque mesure. Cette procédure a également augmenté la validité de l'échelle (Coolican, 1999, p. 95). Les biais de réponse ont été pris en compte en inversant la formulation et en mettant un ordre aléatoire dans le questionnaire ainsi que dans les vignettes. Malgré ces limites, des effets importants ont été trouvés. Le recrutement à l'étude peut avoir été augmenté par le chercheur en distribuant personnellement le pack d'information et en expliquant l'étude.

Modifier l'échelle de l'empathie, en ajoutant des nouveaux items, peut avoir influé sur la validité. Mais les résultats de l'étude pilote ont montré que l'échelle a bel et bien mesuré les niveaux de colère, d'empathie et d'aide. Les questionnaires peuvent avoir été longs et cela peut avoir influé sur le recrutement à l'étude. Le biais de sélection peut aussi être évident par le fait que les individus peuvent avoir lu les questionnaires avec les autres participants et avoir comparé les résultats. Cela aurait pu être résolu en donnant une salle avec une chaise et un bureau afin de remplir le questionnaire.

Un autre problème possible est la crainte de l'évaluation (Coolican, 1999), où le participant rempli le questionnaire en fonction de ce qu'il ou elle pensait être la bonne réponse **afin de « bien paraître »**. Cela a été pris en compte en inversant quelques items et en mettant dans la consigne qu'il n'y avait pas de

réponse juste ou fausse.

L'utilisation d'un plan avec des patients hospitalisés contrôlait le risque d'erreur de quelques variables. Le plan de l'étude a été développé en partant des recherches précédentes, qui donnent aux aides des exemples de comportements négatifs pour plusieurs diagnostics ; ils leur ont ensuite demandé d'évaluer les dimensions attributionnelles. Il est possible qu'un biais soit inclut dans cette étude où le personnel peut sélectionner les clients qui sont les plus difficiles d'un diagnostic (par exemple, le BPD), et moins difficile pour un autre, comme par exemple, un trouble dépressif majeur. Cette étude a tenté de contrôler cet élément en incorporant dans les vignettes des attributions comme des variables indépendantes, et en les présentant comme étant plus neutres émotionnellement. De plus, les répondants ont été invités à évaluer non un comportement négatif mais plutôt les raisons de ne pas achever une tâche thérapeutique quelconque. Cela semble donner quelques informations contextuelles sur les vignettes.

Les vignettes ont été testées dans une étude pilote et contenaient les dimensions attributionnelles qu'elles sont censées étudier. Les répondants ont indiqué que les échelles étaient faciles à remplir mais que cela a demandé un effort cognitif pour les terminer. Ce fut aussi une force de l'étude que les vignettes puissent aussi faire émerger des réflexions sous-jacentes telles que les connaissances et les croyances préalables au sujet des deux diagnostics, susceptibles d'influencer les scores de chaque variable dépendante.

L'étude a exploité une méthodologie de recherche préalable et a montré que les facteurs attributionnels seuls n'influencent pas l'aide et que le diagnostic est aussi un facteur significatif. L'étude a également introduit le concept de non-compliance qui était aussi une évolution par rapport à la recherche préalable, qui n'a pas considéré le concept. Il se peut qu'une analyse plus poussée soit nécessaire pour bien comprendre la relation entre la non-compliance, les diagnostics, les réactions émotionnelles et l'aide.

Remarques personnelles

Ce que nous retenons est le besoin de **développer des cadres de réflexion** afin de comprendre les émotions que les travailleurs en santé mentale peuvent expérimenter en travaillant avec des personnes avec un diagnostic de BPD. Nous retenons aussi l'idée de **faire appel à une personne intermédiaire, extérieure à l'équipe de soins**, qui peut aider à rechercher les facteurs qui influencent les représentations que les soignants ont sur le patient atteint de BPD. L'auteur souligne aussi l'importance de **comprendre les croyances des travailleurs en santé mentale à l'égard des clients** qui ne terminent pas les thérapies et à l'égard des patients récurrents pour ces professionnels. Il rajoute le fait qu'il faut agir sur ces croyances, qui peuvent interférer avec l'alliance thérapeutique, en offrant une formation supplémentaire et des supervisions.

Dans le résumé, la structure de l'article n'est pas clairement explicite, mais l'article lui est très bien structuré. Chaque partie est clairement détaillée, y compris l'éthique et l'implication pour la pratique. La méthodologie utilisée semble être très stricte et l'éthique a été rigoureusement respectée. Un autre point positif est le fait que l'auteur lui-même a fait un paragraphe sur les limites de l'étude. Nous pouvons donc dire que c'est un article scientifique avec une méthode quantitative très stricte. De plus, les schémas dans cette étude sont particulièrement aidants pour la compréhension des résultats.

Recherche 5 : Little et al., 2010

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Little, J., Trauer, T., Rouhan, J. & Haines, M. (2010). Borderline personality disorder and interagency response. <i>The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> , 18(5), 441-444.	
PAYS	
Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Le but est d'explorer les réactions émotionnelles, les préoccupations et les croyances liées au travail avec la personne souffrant de BPD auprès de services de santé ou non.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par les auteurs
Concepts et théories	Pas nommés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Pas nommé par les auteurs
Population et contexte	Parmi les participants figuraient des membres des GPS et ceux en provenance de services externes qui avaient sollicité ou demandé des informations sur la façon de travailler avec des gens qui se sont automutilés. Les participants ont eu le temps de terminer le questionnaire avant chaque présentation. Des questionnaires provenant de 387 participants ont été reçus, dont 378 disponibles pour l'analyse. 73% des participants étaient des hommes et 27% des femmes, avec une moyenne d'âge de 37,8 ans et une moyenne de 13,5 ans d'expérience. Dans le but de disposer de cellules statistiquement

	<p>comparables mais divergentes, des groupes ont été formés. La police (n=210) et six magistrats (trois avocats, un greffier de la Cour, un juge de paix, et 1 employé des services de détention) ont été classés dans le groupe « police ». Le groupe « santé & aide sociale » (n=120) comprenait 42 médecins généralistes, 19 infirmières diplômées, 18 assistants sociaux, 12 assistants sociaux pour la protection de l'enfance, 10 personnes travaillant dans des centres d'hébergement, pour la sécurité sociale et dans un service tutélaire et 19 autres divers. Le personnel d'hôpital psychiatrique (santé mentale, 51) compose le troisième groupe. Il inclut des infirmières diplômées (n=34), des médecins psychiatres et des somaticiens (n=13), un psychologue et un assistant social.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Un questionnaire à 35 points a été conçu et complété par différents services avant qu'ils ne reçoivent une formation sur un modèle organisationnel et communautaire pour les personnes souffrant de BPD. La première partie contenait cinq questions sur les critères diagnostiques et le concept de suicide chronique ; il a uniquement servi à introduire le concept de BPD aux participants. Les trois parties suivantes, chacune contenant 10 questions, portaient sur les réactions émotionnelles, les préoccupations et la gestion. Les participants ont été invités à cocher l'une des cinq cases allant de «fortement d'accord» à «fortement en désaccord». Le demi-point a été considéré comme «incertain».</p> <p>Une feuille de pointage a été développée. Les scores faibles reflétaient une forte réaction émotionnelle : être préoccupé lorsque l'on travaille avec des personnes ayant un BPD et une mauvaise compréhension des principes de gestion de l'OCM. Les réponses ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 10.2.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Réactions émotionnelles : Les trois groupes varient statistiquement ($p < 0.001$) pour les questions liées aux réactions émotionnelles. En particulier, le groupe « police » percevaient plus probablement les personnes atteintes de BPD comme des sources de problèmes, tandis que le personnel en santé mentale était plus susceptible d'être réceptif. Contrairement à la police, le personnel en santé mentale ne ressentait pas la nécessité d'être disponible tout le temps. Le personnel de santé et de l'aide sociale étaient entre deux.</p> <p>Préoccupations : A nouveau, chaque groupe varie statistiquement ($p < 0,001$), la police était plus susceptible de se sentir responsable de la sécurité des personnes. Le personnel de santé et de l'aide sociale était plus susceptible de s'inquiéter après le travail et, bien que tous soient d'accord, le personnel en santé mentale était plus susceptible de considérer les personnes comme responsables de leurs propres actions, incluant la criminalité et la suicidalité. Aucun groupe n'a ressenti de pressions à fournir des réponses, ni estimé que sa crédibilité professionnelle serait remise en question ou qu'il devrait faire face à des conséquences légales en cas de suicide. Aucun groupe ne s'est senti incapable de partager des informations ou qu'il était le seul concerné.</p> <p>Gestion : Les trois groupes varient statistiquement ($p < 0.001$), les réponses de cette partie séparant les groupes davantage que les réactions émotionnelles et les préoccupations. En particulier, le personnel en santé mentale comprenait mieux que les patients souffrant de BPD sont le mieux gérés à l'extérieur de l'hôpital et sans médication, en étant vus régulièrement, sans recours à de multiples services et en se focalisant sur l'« ici et maintenant » plutôt que sur le</p>	

passé. Le personnel en santé mentale comprenait probablement davantage pourquoi les personnes soit n'étaient pas admises soit étaient renvoyées de l'hôpital malgré des risques suicidaires persistants.

Analyse de la fonction discriminante : Une analyse discriminante du questionnaire a montré que les 30 questions originales étaient réductibles à 12 questions, qui classeraient correctement 80% des réponses. 62% de la variance pouvait être classifiée à partir d'une seule question, qui demandait si la personne borderline devrait rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'elle aille mieux. Cette analyse suggère un facteur global de sécurité et de conservatisme.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Un clinicien isolé, qui travaille avec un patient souffrant de BPD, peut se sentir débordé et au final sentir qu'un travail persistant et inutile n'est pas supportable dans la durée. Cependant, en tant qu'acteur d'un réseau de soins, tant la personne souffrant de BPD que le personnel devraient bénéficier d'un soutien. Avant le développement et la mise en œuvre de l'OCM, on observait à la fois du scepticisme thérapeutique et de l'antipathie envers les personnes souffrant de BPD. Cela se passait à l'intérieur et entre les institutions. Dans le but de favoriser de « bons soins cliniques », une initiative de formation a été entreprise dans toute la région, touchant de multiples prestataires de service, sur une période de 12 mois. Une collecte de données a été faite auprès des participants qui assistaient à la formation. Ce document est une analyse des réponses des participants qui provenaient de trois différents services, la police, la santé et le social ainsi que la santé mentale. Des observations ont été faites.

Les résultats confirment l'expérience clinique selon laquelle les divers services répondent de différentes manières à l'égard d'une même population. En particulier, la police tendait à adopter une approche prudente et conventionnelle. Ils étaient d'accord sur le fait que l'aspect le plus important de la gestion de cas consistait à hospitaliser la personne et à lui donner une médication jusqu'à ce qu'elle ne soit plus suicidaire. Ce point de vue était soutenu par deux autres conclusions. Des trois parties testées dans le questionnaire, les groupes se distinguaient le plus pour le domaine de la gestion. Le même conservatisme a été trouvé dans les analyses de fonctions discriminantes, où 62% de variance s'expliquait par ce seul point. En contraste, **les travailleurs de santé mentale préféraient travailler avec une personne qui est vue régulièrement hors de l'hôpital**, plutôt que de subir une hospitalisation prolongée et un traitement médicamenteux, comme cela est exposé dans un modèle de soins institutionnel et communautaire. Ce questionnaire se focalise par conséquent sur les deux attitudes envers les patients souffrant de BPD et sur leur gestion.

La seconde observation est un corollaire de ce qui est dit ci-dessus, à savoir que les deux services de santé et celui de non-santé montraient moins de différences sur les réactions émotionnelles et sur les préoccupations que sur la gestion. En cohérence avec ces conclusions, on peut observer que, bien qu'aucun groupe n'ait admis un sentiment de colère, une réponse émotionnelle était suggérée en concordance avec les autres descripteurs. En particulier, les personnes atteintes de BPD étaient perçues comme des sources de nuisance et de perte de temps, des manipulateurs et des maîtres-chanteurs émotionnels. Un cadre à partir duquel ces observations peuvent être comprises est l'usage du concept de la haine contre-transfert. Des travailleurs ont rapporté de l'hostilité envers les personnes ayant un BPD, y compris parmi le personnel infirmier, les psychothérapeutes et les psychiatres. Malsberger et Buie ont décrit la haine contre-transfert avec des patients suicidaires comme ceci : « ... nous ne croyons pas qu'il soit possible de traiter un patient sans contre-transfert, et, dans le cas de patients à tendance suicidaire, sans la haine contre-transfert... ». Ils ont décrit les différentes façons avec lesquelles le

personnel se protège lui-même contre une telle haine contre-transfert, incluant le professionnel qui au départ est empli d'espoir et d'attentes et ensuite désespéré et sans espoir. La personne tombe ensuite dans la malveillance, la vengeance et l'aversion en raison d'une inévitable déception. Bien que conforme aux théories développées à l'université de Harvard en référence au premier psychothérapeute, le phénomène est considéré comme étant une réponse humaine universelle et peut par conséquent s'appliquer autant aux professionnels de la santé qu'aux autres, dans les régions non urbaines de l'état de Victoria en Australie.

Compte tenu de cette découverte, à savoir une réponse commune à une difficulté partagée, la possibilité d'une collaboration entre les divers services a été suggérée par les réponses à trois questions de la section « Préoccupations ». Spécifiquement, tous les groupes se sentaient capables de partager des informations, aucun groupe n'a estimé qu'il était livré à lui-même, et aucun groupe n'a estimé qu'il serait individuellement blâmé si un suicide se produisait. De plus, les services étaient d'accord avec le fait que la personne avec un BPD était responsable en cas de criminalité et en cas de suicide.

La gestion de la relation selon Dawson et MacMillan comprend la prémisse que la personne souffrant de BPD est un adulte responsable et capable de discernement. Ce point de vue ainsi que ceux de Gutheil et Krawitz et al. ont indiqué que la prise de risques à court terme de façon professionnelle contourne divers écueils lorsque l'on travaille avec la personne borderline. Comme Kernberg l'a commenté lorsqu'on le lui a demandé, "il serait triste mais ne se sentirait pas responsable si le patient se donnait la mort".

Bien que ces trois groupes aient partagé une compréhension commune, on peut noter des différences idéologiques fondamentales. En particulier, le personnel en santé mentale et celui de santé-social pensait chacun qu'il connaissait la meilleure façon de gérer la personne borderline. Cependant, seul ce dernier groupe s'inquiétait après le travail et s'accordait à dire qu'il était nécessaire de répondre à tous les événements suicidaires, et estimait enfin qu'il devait être disponible en tout temps. Avec la police, ils partageaient l'avis que les personnes ayant un BPD sont mieux gérées dans la sécurité de l'hôpital et avec des médicaments. En revanche, le modèle OCM des soins est d'avis que le contact en cas de crise renforce involontairement un comportement inadapté. Au lieu de cela, il est préférable de voir la personne avec un BPD régulièrement en dehors de l'hôpital et sans traitement médicamenteux. Si elles ne sont pas reconnues ni prises en charge, ces différences idéologiques peuvent contribuer à créer des divisions entre les institutions, dans lesquelles la personne souffrant de BPD peut tomber.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Voir les remarques personnelles !

ETHIQUE

Pas mentionnée par les auteurs

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Selon les auteurs

Il y a un certain nombre de limites à cette étude. Elle dépend d'un questionnaire qui n'a pas été validé par des tests psychométriques. Deuxièmement, elle accepte sans conteste que les personnes envisagées par les participants au moment de répondre au questionnaire souffraient réellement d'un BPD. En outre, la population de l'échantillon se composait à la fois de membres de la police qui ont dû participer, tandis que le groupe de soignants en santé mentale et le groupe santé et aide sociale ont participé par intérêt.

Remarques personnelles

Dans cette étude, est souligné que le personnel en santé mentale montre plus d'intérêt pour les patients borderline, alors que le groupe police les considérait essentiellement comme étant des sources de problèmes. Mais tous ont rapporté des sentiments d'hostilité envers les BPD. Les BPD étaient perçus comme des sources de nuisance et de perte de temps, des manipulateurs et des maîtres-chanteurs émotionnels. Un autre point qui nous paraît important est que **le personnel en santé mentale considère les personnes avec un BPD comme étant responsables de leurs propres actions**, incluant la suicidalité. D'autre part, **il estime que ces patients sont mieux gérés à l'extérieur de l'hôpital, sans médication, mais avec un suivi régulier**, en se focalisant sur l'« ici et maintenant »(TCC) plutôt que sur le passé. Et l'article **souligne le besoin d'un soutien** non seulement pour la personne souffrant de BPD mais également **pour le personnel soignant**.

Au niveau de la méthodologie, nous constatons qu'il y a de nombreux participants (387), mais l'étude n'indique pas combien de questionnaires ont été envoyés. 53 participants sont des infirmières. Pour ce qui est de la structure, autant le résumé que l'article sont bien organisés. L'étude est récente ; elle date de 2010. Les auteurs n'ont pas mentionné le devis de celle-ci. Un élément qui nous a surpris est que l'éthique n'est pas évoquée tout au long de l'étude. Nous avons donc estimé qu'il y a un manque de rigueur dans la méthodologie. De plus, les résultats apportent peu de réponses à notre question de recherche. C'est pour cela que nous avons décidé de l'exclure.

Recherche 6 : Krawitz, 2004

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Krawitz, R. (2004). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 38, 554-559.	
PAYS	
Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Un objectif est d'évaluer les effets d'un atelier de formation de deux jours sur les attitudes des cliniciens amenés à travailler avec des gens atteints d'un BPD. Le principal objectif de l'atelier était de parvenir à un changement positif dans l'attitude des cliniciens qui traitent les gens avec un BPD dans des établissements publics. Un deuxième but de la formation était que les participants acquièrent une base pour un traitement efficace . L'objectif final était l'acquisition de compétences pratiques pour élaborer et réaliser un plan de traitement , en utilisant des traitements psychodynamiques, cognitivo-comportementaux, de réhabilitation et de crise, dans un contexte de problèmes systémiques et médico-légaux.
Question de recherche/Hypothèses	L'hypothèse sous-jacente de l'intervention était qu'informer les cliniciens sur les concepts actuels au sujet du diagnostic, de l'étiologie, du pronostic et du traitement du BPD, combinés avec une discussion détaillée des principes de traitement dans des établissements publics, aurait pour résultat un changement positif des attitudes.
Concepts et théories	Pas nommés par l'auteur
MÉTHODES	
Devis de recherche	Il s'agit d'une évaluation d'un atelier de formation, mais le devis n'est pas nommé par l'auteur.
Population et contexte	910 participants ont assisté à 44 ateliers de formation pour les 22 services de santé mentale et de toxicomanie de l'état de Victoria, en Australie, sur une période de 18 mois. Le nombre moyen de participants par atelier était de 20,7. 241 participants

	<p>ont été exclus de l'échantillon de la recherche car ils avaient suivi une formation sur le BPD dans la période de suivi de six mois, laissant 669 participants. Parmi eux, 62% (n=418) ont rempli le questionnaire aux trois intervalles de temps (avant l'atelier, après l'atelier et 6 mois après). L'âge des participants variait de 21 à 60 ans avec une moyenne de 37,5 ans (Ecart-type=9,2). 36% travaillent dans des services communautaires, 17% dans des unités de soins aigus et 14% dans des services de crise. Les infirmières (46%) étaient le plus grand groupe professionnel, suivies par les psychologues (14%), les travailleurs sociaux (14%), les ergothérapeutes (8%) et les médecins (5%).</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Description de l'atelier</p> <p>La formation était un atelier de deux jours destiné aux cliniciens travaillant en santé mentale, dans des services publics de toxicomanie et en milieu hospitalier, ambulatoire, de crise et de réhabilitation. L'atelier a été conçu pour offrir une base commune de connaissances, de compétences et de langage adapté à tous les cliniciens.</p> <p>Le contenu de l'atelier incluait le diagnostic, l'étiologie, le pronostic, l'identification d'un traitement efficace (le rôle clé du clinicien, se concentrer sur le traitement communautaire avec le soutien d'une brève hospitalisation), et un système de traitement qui favorise la cohésion et l'intégration des services. Des plans de traitement individualisés, développés dans un contexte de relation patient-clinicien, ont été explorés. L'atelier comprenait des cadres conceptuels guidant le traitement tels que l'équilibre entre la responsabilité du client et du clinicien, le pouvoir et les luttes de pouvoir, les tendances suicidaires aiguës et chroniques, et l'équilibre entre les risques et les gains à court ou à long-terme. Les sujets/les thèmes de traitement spécifique ont été abordés : comment maintenir des hospitalisations aiguës brèves ; la contention ; la formation professionnelle ; la pharmacologie et l'automutilation. Les questions éthiques et médico-légales incluaient les frontières, la prise de risque professionnelle recommandée, l'analyse des risques/bénéfices et l'utilisation minimale de la législation de santé mentale. L'atelier s'est achevé par les questions personnelles des cliniciens, incluant la supervision. Ces thèmes ont été abordés dans l'atelier : les différences au sein du personnel, les limites ainsi que l'importance de surveiller et de gérer les émotions des cliniciens.</p> <p>Le style éducatif de l'atelier a été un apprentissage participatif centré sur l'étudiant. Plusieurs médias éducatifs ont été utilisés, incluant des rétroprojections, des posters, des cassettes audio, des cassettes vidéo et des méthodes d'interaction. De même, l'enseignement didactique a été maintenu à un strict minimum. La priorité a été donnée à des apprentissages interactionnels en petits et en grands groupes, en utilisant à la fois une discussion ouverte et structurée (y compris des vignettes cliniques et des questions) et des jeux de rôle planifiés et spontanés. Les activités d'apprentissage interactionnel représentaient environ 85% d'un atelier. L'enseignement didactique occupait environ 10% de la durée de l'atelier et le visionnement de vidéos, 5%. Un livre de 150 pages, coécrit par l'auteur de cet article, a été donné à chaque participant. Le livre a respecté le style de l'atelier, rendant la prise de notes hors de propos, augmentant ainsi l'attention des participants.</p>

	<p>Questionnaire et collecte des données</p> <p>Les participants ont été invités à évaluer de 1 à 5 leur « volonté », « optimisme », « enthousiasme », « confiance », « connaissances théoriques » et « compétences cliniques » dans le travail avec des personnes ayant un BPD. Ce questionnaire a été administré en pré-atelier, en post-atelier et 6 mois après. De plus, à 6 mois, les participants ont évalué l'impact de l'atelier sur leur pratique clinique. Après l'atelier, les participants ont aussi évalué l'atelier en général, sa pertinence pour leur travail et s'ils recommanderaient l'atelier à leurs collègues. Les participants ont été invités à enregistrer leur date de naissance comme moyen pour faire correspondre les évaluations des trois intervalles de temps, tout en conservant l'anonymat. Immédiatement après l'atelier, le questionnaire post-atelier a été complété. Le sondage de suivi a été posté à tous les participants 6 mois après l'atelier.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Les résultats de l'évaluation post-atelier montraient que l'atelier dans son ensemble a été reçu positivement (moyenne=8.7, Ecart-type=1.1, 1 = pauvre à 10 = excellent) et qu'il était pertinent pour le travail des participants (moyenne= 8.6, Ecart-type =1.5, échelle : 1 = faible à 10 = excellent). 99% des participants ont déclaré qu'ils recommanderaient l'atelier à leurs collègues. A 6 mois, les participants ont rapporté que l'atelier avait eu un impact considérable sur leur pratique clinique (moyenne =7.3, écart-type =1.7 ; échelle : 1 = mauvais à 10 = excellent). Des mesures répétées simples de l'analyse de la variance (ANOVA) ont été effectuées pour comparer les scores sur les attitudes, les perceptions des connaissances et des compétences au temps 1, 2 et 3. Les résultats des mesures répétées ANOVA montrent qu'il y avait un effet statistiquement significatif du temps pour les six items. Une analyse de la variance intra-sujets a révélé une différence significative des attitudes, des connaissances théoriques et des compétences cliniques au cours du temps. Des analyses supplémentaires ont indiqué que, pour les six variables, les scores des temps 2 et 3 étaient significativement différents des scores du temps 1 ($p < 0.01$). Ces résultats ont confirmé que les améliorations statistiquement significatives dans les attitudes et les perceptions des compétences et des savoirs des cliniciens au temps 2 étaient maintenues au temps 3 (les changements statistiquement significatifs dans l'évaluation post-atelier ont soit été maintenus, soit montré une diminution non significative à 6 mois). Il n'y avait pas de relation entre le changement d'attitude et les variables démographiques de l'âge, du lieu de travail et du groupe professionnel des participants.</p>	
<p>DISCUSSION ET CONCLUSION</p>	
<p>L'atelier de formation était efficace dans le changement d'attitudes chez les cliniciens qui travaillent avec des patients atteints d'un BPD. Cette recherche montre qu'il est possible à travers une brève formation d'aider le clinicien à positiver et à changer ses attitudes. Les implications de cette recherche pourraient influencer une future formation des cliniciens en santé mentale et en toxicomanie.</p> <p>Discussion</p> <p>L'importance clinique des attitudes est soulignée par le fait que les cliniciens qui n'ont pas des conceptualisations péjoratives de leurs patients obtiennent de meilleurs résultats, avec une diminution des épisodes d'automutilation et des pensées suicidaires chez les patients. L'amélioration du résultat a aussi été</p>	

reliée au niveau d'empathie du clinicien. A la lumière des changements positifs rapportés dans cette étude, il est utile d'examiner quels sont les facteurs qui pourraient avoir aidé à changer l'attitude des participants.

L'objectif visant à établir un **espoir réaliste** et un respect pour les patients a commencé lors de l'explication préparatoire à l'atelier et s'est poursuivi tout au long de l'atelier. La terminologie négative et les attitudes dénigrantes ont été traitées en déterminant des attentes, en nommant les difficultés des autres professionnels et en trouvant une alternative. **Les commentaires des patients et des ex-patients (vidéos et littérature) ont donné aux cliniciens un point de vue positif du patient.**

L'atelier visait à **fournir aux participants un cadre solide et pratique pour encourager des sentiments de compétence chez le clinicien** en augmentant leur efficacité dans le travail avec des personnes ayant un BPD. Les compétences générales en santé mentale et les connaissances existantes (gestion de cas, crise, réhabilitation, psychothérapie de soutien et formation professionnelle) ont été construites à partir de psychothérapies psychodynamiques, cognitivo-comportementales et de gestion relationnelle. Les compétences actuelles des cliniciens ont été confirmées et validées, en empêchant que les cliniciens « en viennent à éprouver des sentiments de culpabilité et même de désespoir ». Les expressions des anciens patients sur les principes de traitements efficaces, similaires à celles des cliniciens, peuvent avoir été un facteur contribuant au changement d'attitude des cliniciens. Des histoires évoquant de bons résultats thérapeutiques ont été partagées par le formateur ; celles-ci ont été citées par des patients sur une vidéo. Les anciens patients, parlant de leur passé et de leur présent, donnent une lueur d'espoir et d'inspiration.

Tous les cliniciens travaillant avec des personnes ayant un BPD sont vulnérables à des émotions intenses. Au début de l'atelier, les cliniciens ont reconnu que des épisodes de colère, de frustration et d'impuissance étaient inévitables. L'objectif était de donner un « espace sûr pour les cliniciens pour leur permettre de penser et de réfléchir, plutôt que de nier et de fuir les problèmes et les sentiments » (M. Owens, p.130). **L'étiologie du BPD, la forte incidence des traumatismes et les descriptions des patients au sujet de leur détresse accablante** pourraient probablement aider à être empathique. **Etablir des limites appropriées** peut éviter que les cliniciens ne soient surchargés ; parfois cela n'est pas légitime dans la formation des professionnels lorsque l'attention accordée aux besoins des cliniciens est insuffisante. **Etablir des limites appropriées peut être bénéfique pour les patients**, parce que cela diminue la probabilité du clinicien d'être hostile vis-à-vis du patient ou d'un désengagement non-thérapeutique et aussi car cela augmente la probabilité que les cliniciens maintiennent une position chaleureuse et accueillante envers leurs patients. Avoir des experts, tels que Linehan et Young, légitimant **le fait d'établir des limites peut avoir aidé quelques cliniciens à se protéger des burnout.**

Une meilleure connaissance de l'environnement médico-légal peut diminuer l'anxiété du clinicien au sujet des possibles conséquences médico-légales et ainsi augmenter la volonté des cliniciens de travailler dans le domaine. L'atelier a exploré l'avis des cliniciens, des patients ainsi que l'avis juridique sur l'équilibre entre les risques et les gains à court et à long-terme. Les cliniciens ont été encouragés à partager les risques au sein de leurs organisations, afin de s'assurer que la pratique était dans « les normes d'un praticien raisonnable » et qu'ils se sentaient soutenus au niveau pratique et émotionnel.

L'atelier a délibérément été construit sur la base des connaissances et des compétences existantes des cliniciens, en reliant cela avec l'expérience clinique de l'animateur et les connaissances tirées de la littérature. Bien que la composition de tous les ateliers soit similaire, chaque groupe de participants a

apporté sa propre histoire, son propre contexte à l'atelier ; il en a résulté des interactions uniques entre les participants et l'animateur, au sein de chaque atelier. Cela est attribué à l'apprentissage interactionnel qui représente environ 85% du temps de l'atelier. Une hypothèse est que ce **style interactionnel a aidé les participants à rester engagés** et a été une raison pour laquelle les participants ont évalué l'atelier comme étant très pertinent pour leur travail clinique (moyenne =8.6, écart-type = 1,5 ; 1 = pauvre à 10 = excellent). Une autre hypothèse est **que le style interactionnel était un ingrédient de la réussite de l'atelier qui a permis un changement d'attitude.**

Clarke a récemment écrit sur l'importance de passer d'un sentiment d'être démoralisé et submergé à une position de maîtrise et un sentiment de compétence par le biais de l'espoir et du moral. **L'atelier semble avoir aidé les cliniciens à avoir un espoir réaliste** défini par Clarke comme « le fait de chercher une issue favorable dans la mesure du possible ».

Cette étude démontre que l'atelier facilite le changement d'attitude positive qui pourrait influencer la formation future des cliniciens dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Cependant, c'était au-delà de la portée de la recherche d'évaluer quels facteurs ont amélioré ou diminué cet effet. Il serait intéressant de faire une réplique de l'étude et d'évaluer des différentes composantes. Les domaines incluraient l'expérience des participants du style interactionnel de l'atelier, l'information sur les résultats/pronostics thérapeutiques, la discussion sur l'environnement médico-légal et les contributions des patients et des anciens patients. En réponse à des commentaires très positifs sur la valeur des contributions des patients, l'atelier a évolué ; il est maintenant présenté, si possible, conjointement avec un patient consultant. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité de cette présentation.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Se référer au paragraphe « Discussion »

ETHIQUE

L'anonymat des données a été respecté. Le but de l'étude a été expliqué aux participants de l'atelier juste avant l'atelier.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Forces et faiblesses de l'étude (selon l'auteur)

Les questions du sondage sur les attitudes n'ont pas été testées pour la fiabilité et la validité. L'échantillon de l'étude est biaisé par des cliniciens qui voulaient assister à l'atelier de formation et aussi par ceux qui ont rempli le questionnaire aux trois intervalles de temps. La taille de l'échantillon est une force de l'étude. Avoir seulement inclus dans l'échantillon ceux qui ont répondu au questionnaire de suivi (à 6 mois) est essentiel pour déterminer si un changement initial pourrait avoir un impact durable. L'exclusion de ceux qui ont choisi de suivre une autre formation sur le BPD était nécessaire pour éliminer cela comme une variable parasite sur le changement d'attitude. Il est possible qu'ils aient choisi d'assister à une formation continue en raison de

l'intérêt et de l'enthousiasme générés par le fait d'avoir assisté à l'atelier présenté ; cependant, il n'existe aucun moyen de déterminer cela. Parmi les autres participants à l'atelier, le taux de réponse de 62% (n=418) est élevé considérant que les questionnaires ont été réalisés à trois reprises, y compris 6 mois après.

Bien que les participants croient que l'atelier a amélioré leurs connaissances et leurs compétences cliniques, il n'est pas possible de déterminer si c'était effectivement le cas dans le cadre de cette étude. De même, évaluer si les changements d'attitude rapportés permettent d'améliorer l'efficacité des traitements allait au-delà de la portée de la recherche.

Remarques personnelles

Cette étude est très intéressante pour notre question de recherche, car elle démontre qu'il est possible de changer les attitudes des cliniciens envers le BPD. Et que cela a un impact positif dans la relation infirmière-patient. En effet, dans les résultats ils montrent que des attitudes positives du clinicien diminuent l'automutilation et les pensées suicidaires chez les patients. Et que chez les soignants, cela diminue les risques de burnout, mais aussi l'anxiété, la frustration qu'ils peuvent ressentir au contact de ces patients. Les éléments importants de l'atelier sont une connaissance des aspects médico-légaux, le fait d'établir des limites appropriées, l'intégration d'un traitement efficace, l'étiologie, le pronostic,... Les soignants ont aussi mis en avant l'impact positif de voir et d'entendre des patients qui ont eu de bons résultats thérapeutiques. Cette recherche montre qu'il est possible à travers une brève formation d'aider le clinicien à positiver et à changer ses attitudes.

Pour ce qui est de la méthodologie, celle-ci est très bien expliquée et chaque partie est détaillée. La population concerne 46% d'infirmières, qui sont le groupe professionnel le plus représenté dans l'étude. De plus, l'éthique est prise en compte. Cette étude semble avoir une méthode très rigoureuse. La seule remarque négative que nous pourrions émettre est le fait que le devis n'est pas clairement nommé.

Recherche 7 : James & Cowman, 2007

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 14, 670-678.	
PAYS	
Irlande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	L'objectif de l'étude était de: <ul style="list-style-type: none"> - décrire les expériences et les attitudes des infirmières qui dispensent des soins aux patients atteints d'un BPD. - développer une compréhension des connaissances, des expériences et des attitudes des infirmières en psychiatrie à l'égard des soins aux patients avec un BPD. Ces informations donneraient ainsi des orientations pour le développement de services pour ces clients.
Question de recherche/Hypothèses	Pas nommées par les auteurs
Concepts et théories	Pas nommés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Recherche descriptive (quantitative)
Population et contexte	L'étude a été menée dans un grand service psychiatrique à Dublin ; celui-ci fournit des soins psychiatriques dans divers contextes, comprenant des équipes dans des unités d'hospitalisations aiguës et de réhabilitation, des hôpitaux de jour et des centres de santé, ainsi que des équipes de soins à domicile. Une copie du questionnaire et une enveloppe de retour ont été

	<p>envoyées à toutes les infirmières qui travaillent sur le site de l'étude (n=157). L'échantillon se composait de 157 infirmières et un taux de réponse de 41,4% a été obtenu.</p> <p>Critères d'exclusion : Les infirmières travaillant dans des postes d'éducation et d'administration ont été exclues, étant donné qu'elles n'ont pas été considérées comme étant en contact direct avec ces patients.</p>																																																												
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>L'étude a utilisé une version adaptée d'un questionnaire d'une étude australienne (Cleary et al., 2002). Les auteurs du questionnaire ont donné leur permission pour utiliser le questionnaire, à condition que leur travail en tant qu'auteurs d'origine soit reconnu. Un essai pilote de l'instrument a été réalisé, à petite échelle, pour la validité ; celui-ci a été fait avec 15 infirmières. Quelques révisions mineures ont été apportées avant d'utiliser le questionnaire. Enfin, ont été ajoutées les raisons pour des soins inadéquats ; ceci sur la base de la littérature et de l'étude pilote. Le questionnaire se composait principalement de questions à choix multiples et d'échelles de Likert. Le questionnaire contenait cinq sections. La première section contenait quelques questions démographiques basiques liées au genre, à l'âge, au travail. La deuxième section a demandé aux participants à quelle fréquence ils sont en contact avec des clients diagnostiqués borderline et si oui ou non ils estiment que les soins aux clients avec un BPD sont adéquats. Ceux qui ont indiqué qu'ils pensent que les soins sont insuffisants ont été invités à évaluer leur degré d'accord avec huit raisons possibles à cela, sur une échelle de Likert à 5 points (tableau 1).</p> <p>Tableau 1</p> <table border="1" data-bbox="533 839 1933 1370"> <thead> <tr> <th colspan="6">Niveau d'accord avec les raisons possibles d'une prise en charge inadéquate</th> </tr> <tr> <th>Raison d'une prise en charge inadéquate</th> <th>Complètement d'accord (en %)</th> <th>D'accord (en %)</th> <th>Je ne sais pas (en %)</th> <th>Pas d'accord (en %)</th> <th>Totalement en désaccord (en %)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pénurie de services pour le BPD</td> <td>43.1</td> <td>54.9</td> <td>2</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Les clients borderline sont difficiles à soigner</td> <td>30</td> <td>58</td> <td>2</td> <td>10</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Les traitements sont surmédicalisés</td> <td>30.8</td> <td>53.8</td> <td>7.7</td> <td>7.7</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Les désaccords de l'équipe sur le traitement</td> <td>23.1</td> <td>59.6</td> <td>5.8</td> <td>11.5</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Le diagnostic n'a pas été dit aux clients</td> <td>19.6</td> <td>45.1</td> <td>13.7</td> <td>19.6</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Manque de formation et/ou d'expertise</td> <td>16</td> <td>46</td> <td>6</td> <td>32</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Le BPD n'est pas une maladie psychique</td> <td>2</td> <td>28</td> <td>20</td> <td>42</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Le BPD est intraitable</td> <td>2.1</td> <td>4.3</td> <td>10.6</td> <td>55.3</td> <td>27.7</td> </tr> </tbody> </table>	Niveau d'accord avec les raisons possibles d'une prise en charge inadéquate						Raison d'une prise en charge inadéquate	Complètement d'accord (en %)	D'accord (en %)	Je ne sais pas (en %)	Pas d'accord (en %)	Totalement en désaccord (en %)	Pénurie de services pour le BPD	43.1	54.9	2	-	-	Les clients borderline sont difficiles à soigner	30	58	2	10	-	Les traitements sont surmédicalisés	30.8	53.8	7.7	7.7	-	Les désaccords de l'équipe sur le traitement	23.1	59.6	5.8	11.5	-	Le diagnostic n'a pas été dit aux clients	19.6	45.1	13.7	19.6	2	Manque de formation et/ou d'expertise	16	46	6	32	-	Le BPD n'est pas une maladie psychique	2	28	20	42	8	Le BPD est intraitable	2.1	4.3	10.6	55.3	27.7
Niveau d'accord avec les raisons possibles d'une prise en charge inadéquate																																																													
Raison d'une prise en charge inadéquate	Complètement d'accord (en %)	D'accord (en %)	Je ne sais pas (en %)	Pas d'accord (en %)	Totalement en désaccord (en %)																																																								
Pénurie de services pour le BPD	43.1	54.9	2	-	-																																																								
Les clients borderline sont difficiles à soigner	30	58	2	10	-																																																								
Les traitements sont surmédicalisés	30.8	53.8	7.7	7.7	-																																																								
Les désaccords de l'équipe sur le traitement	23.1	59.6	5.8	11.5	-																																																								
Le diagnostic n'a pas été dit aux clients	19.6	45.1	13.7	19.6	2																																																								
Manque de formation et/ou d'expertise	16	46	6	32	-																																																								
Le BPD n'est pas une maladie psychique	2	28	20	42	8																																																								
Le BPD est intraitable	2.1	4.3	10.6	55.3	27.7																																																								

	<p>La troisième section contenait 10 déclarations relatives au diagnostic de BPD, à son traitement et à son pronostic ; les participants sont invités à indiquer s'ils estiment que l'affirmation est vraie, fausse ou qu'ils ne savent pas. Ces questions ont été élaborées par Cleary et al. (2002) sur la base de la littérature sur le BPD. La quatrième section demandait aux participants quelles informations ils obtiennent lors de l'évaluation des clients, leur confiance dans le fait de travailler avec un patient ayant un BPD et s'ils trouvent difficile de travailler avec ces clients. La cinquième section demandait s'ils croyaient avoir un rôle dans la prise en charge des clients avec un BPD et quelles ressources seraient les plus utiles pour améliorer les soins.</p> <p>Les données ont été codées et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Conformément aux objectifs de l'étude, les résultats ont été produits en utilisant des statistiques descriptives.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Données démographiques Les infirmières moins expérimentées étaient plus susceptibles de travailler en milieu hospitalier, où 32% des infirmières étaient diplômées depuis moins de cinq ans alors qu'en milieu communautaire, ce chiffre était de 15%.</p> <p>Connaissances sur le BPD Seulement 3% des infirmières ont déclaré avoir une formation spécifique sur le BPD en dehors de leur formation initiale ; cette formation consistait en un seul atelier ou conférence. 10 questions ont été posées aux participants pour évaluer leurs connaissances sur le BPD. Le nombre moyen de réponses correctes était de 5,8 sur 10 (Ecart-type 1,8), avec le nombre de questions répondues correctement allant de deux à neuf. 60% des participants ont répondu correctement à 6 questions ou plus. Lorsque les scores de connaissances ont été étudiés séparément entre le milieu communautaire et hospitalier, le personnel hospitalier a obtenu un score de 5,3 réponses correctes (Ecart-type 1,8) contre 6,6 réponses correctes pour le personnel travaillant en milieu communautaire (Ecart-type 1,6). En ce qui concerne les critères du DSM-IV du BPD, 80,4% des participants ont correctement identifié l'humeur instable comme étant un critère du BPD et 91,7% ont reconnu l'impulsivité comme étant un critère pour ce trouble. Seulement 50% des participants ont reconnu que des idées de grandeur n'étaient pas une caractéristique du BPD et 20% ont admis ne pas savoir la réponse. Lors de l'évaluation sur les connaissances au sujet des traitements, 63,5% des participants ont faussement validé l'énoncé, « les patients avec un BPD ne devraient pas être hospitalisés ». 78% ont correctement convenu qu'une psychothérapie à court-terme peut être utile pour ceux qui ont un BPD. 58% des participants ont correctement dit que les antidépresseurs peuvent être utiles pour la dépression vécue par les personnes borderline, avec 20% reconnaissant qu'ils ne savaient pas la réponse. Seulement 49,2% des participants ont correctement répondu qu'« un nombre significatif » de personnes avec un BPD parviennent à une certaine stabilité à leur quarantaine avec plus de 30% indiquant qu'ils ne savaient pas la réponse. Seulement 45,2% ont correctement reconnu que les clients avec un BPD peuvent aussi avoir des épisodes psychotiques de courte durée, avec 22,6% indiquant qu'ils ne savaient pas. 70% ont correctement été en désaccord avec l'énoncé « le BPD peut évoluer vers la schizophrénie ». Lorsqu'on leur a demandé d'identifier si l'énoncé « les gens avec un BPD ont un taux élevé de dépression » était vrai ou faux, 67% ont correctement répondu que c'était vrai.</p>	

Expérience et confiance du personnel

Il a été noté que 26,6% des participants ont déclaré avoir des contacts quotidiens avec les clients ayant un BPD et un autre 25% ont déclaré qu'ils avaient des contacts une à deux fois par semaine. Le personnel travaillant dans des unités hospitalières de soins aigus avait deux fois plus de probabilités de déclarer avoir un contact quotidien avec les clients borderline que ceux qui travaillent dans des unités de réadaptation ou dans des foyers (43% comparé à 21%). Un peu plus de 50% du personnel en milieu communautaire a rapporté avoir au moins un contact hebdomadaire avec les clients diagnostiqués d'un BPD. Il est à noter que 75% des participants ont indiqué qu'ils trouvaient les clients avec un BPD moyennement à très difficile à soigner et 80% croient qu'ils sont plus difficiles à soigner que d'autres clients. Cependant, la confiance du personnel en leurs propres capacités était relativement élevée avec 75% des participants indiquant qu'ils étaient modérément confiants ou très confiants dans l'identification, l'évaluation et la gestion du BPD.

Attitudes du personnel

Points de vue sur les services pour les BPD

On a invité les participants à classer diverses ressources qui contribuent à la prise en charge des clients avec un BPD. Il est à noter que 81% des personnes interrogées estiment que les soins étaient inadéquats pour les clients avec un BPD et une pénurie de services a été citée comme étant le facteur le plus important contribuant à des soins inadéquats. Un service spécialisé pour les patients ayant un BPD était la ressource la plus approuvée pour améliorer les soins. Les résultats sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3

Taux d'approbation pour les ressources qui peuvent améliorer les soins	
Ressources possibles	Taux d'approbation (en %)
Des services spécialisés pour des clients avec un BPD	64.5
Des protocoles standards pour la gestion des patients avec un BPD	59.1
Des ateliers d'entraînement des compétences pour le personnel	51.1
Une meilleure formation au cours de la formation initiale	48.2
Une formation régulière au sein des services	47.8
Un service de liaison psychiatrique	42.0
Une information sur les lieux où orienter les patients	39.1
Une formation en thérapie comportementale dialectique	38.8
De la supervision ou un soutien de l'équipe	35.1
L'information à donner aux patients	32.5

D'autres suggestions d'améliorations faites ont été des traitements psychologiques, le fait de négocier avec tact avec ces clients et un système de travailleur clé. Enfin, un service mobile sur 24h, de préférence pour le traitement hospitalier, a aussi été suggéré.

Attitudes à l'égard de la prise en charge des patients atteints d'un BPD

Dans l'ensemble, le personnel était très clair dans le fait qu'ils avaient un rôle dans le traitement des clients avec un BPD. Le personnel était tout à fait d'accord qu'ils avaient un rôle dans leur évaluation (79,4%) et dans leur gestion (87,3%). La grande majorité des participants ont aussi indiqué qu'ils avaient un rôle important dans l'éducation des clients et de leurs familles (87,1%) ou du personnel soignant (83,9%). Malgré un niveau élevé de confiance, presque 90% ont indiqué qu'ils participeraient à une formation complémentaire si elle était disponible.

La dernière série de résultats concerne les anamnèses. Le domaine le moins évalué par les participants sont les abus ou les viols avec seulement 42,2% qui ont déclaré avoir toujours obtenu cette information et 15,4% qui rapportent avoir habituellement obtenu cette information. De même, seulement 45,3% des participants ont toujours posé des questions sur leur sexualité et seulement 48,5% ont toujours obtenu des informations sur les rapports entretenus avec la police. Les deux seuls domaines où les infirmières ont rapporté qu'elles avaient rarement ou jamais obtenu l'information sont les abus ou les viols et les rapports entretenus avec la police (12,5% et 10,9% respectivement). Le domaine rapporté comme retenant le plus l'attention du personnel est l'anamnèse familiale (87,5%). Les domaines liés à la sécurité étaient aussi très souvent abordés et 85,9% des participants ont indiqué avoir toujours évalué les antécédents d'automutilation et de tentatives de suicides. 79,7% disent qu'ils ont toujours obtenu les informations relatives à des agressions.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Attitudes du personnel

L'ensemble de la littérature rapporte les patients avec un BPD comme étant un groupe avec qui il est difficile de travailler (Bowers 2002, Krawitz & Watson, 2003, NIMHE 2003, le Groupe d'Experts sur la Politique de Santé Mentale 2006). Ce point de vue a été approuvé par les participants de cette étude. Cependant, le thème général des réponses reflète une attitude positive à l'égard du BPD. Plus de 60% des infirmières en psychiatrie pensent que les soins inadéquats n'étaient pas dus au fait que les clients borderline ont une maladie psychique ou parce qu'ils sont intraitables. Il est important de relever que ces résultats ne sont pas conformes avec la littérature sur les attitudes à l'égard des clients ayant un BPD qui généralement semble suggérer que les attitudes négatives sont fréquentes. Cet écart peut s'expliquer par le fait que cette étude demandait aux infirmières de discuter du sujet de façon abstraite et par le fait que l'étude n'a pas mesuré le comportement réel des infirmières. Les infirmières peuvent savoir que prendre en charge ces clients fait partie de leur rôle, mais il peut être difficile d'admettre qu'elles trouvent que ce sont les patients les plus difficiles à prendre en charge. Voir les patients avec un BPD comme étant psychologiquement malades et traitables peut aider à maintenir la sympathie, l'enthousiasme et l'optimisme du personnel. Bowers (2002) a constaté que le fait de rester positif à l'égard des clients avec un trouble de la personnalité était relié à la croyance qu'ils sont traitables.

Un résultat intéressant est que **les participants ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas à l'aise avec le diagnostic du BPD**. Bien que cette étude ne nous aide pas à comprendre pourquoi le personnel se sent mal à l'aise avec ce diagnostic, il semblerait que **ce sentiment soit fréquent**. Par exemple, Becker (2000)

affirme que de nombreux membres du corps médical préfèrent diagnostiquer chez les patients un syndrome de stress post-traumatique même s'ils répondent aux critères du BPD afin d'éviter d'utiliser un diagnostic qui peut contribuer à blâmer le client. Williams (2002) rappelle aux infirmières de se méfier des étiquettes diagnostiques étant donné qu'elles peuvent être potentiellement dommageables pour le client. C'est une position intéressante étant donné que **de nombreuses études ont indiqué que les patients sont heureux avec le diagnostic de BPD et qu'ils pensent qu'être informés sur leur diagnostic leur serait bénéfique** (Miller, 1994, Williams 1998, Nehls 1999, Fallon 2003). Donner aux clients des informations relatives à leur diagnostic est également un élément clé de la psychothérapie réussie avec des patients atteints d'un BPD (Linehan, 1993).

Connaissances et formation

En Australie (Cleary et al. 2002), le personnel a déclaré avoir participé à une formation post-diplôme sur le BPD, près de 11 fois plus souvent que les participants à cette étude. Toutefois, 90% ont indiqué qu'ils participeraient aux formations si elles étaient disponibles. Le manque de formation devrait être pris en considération étant donné que des preuves sur les effets positifs de la formation ont été rapportées dans la littérature (Miller & Davenport 1996, Krawitz 2001, 2004). Cleary et al. (2002) ont rapporté qu'**une formation est nécessaire, car elle peut aider à maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et une confiance dans les capacités du personnel.**

Services pour les patients ayant un BPD

Une approche d'équipe

Un résultat préoccupant de cette étude est que la majorité du personnel estime que les désaccords de l'équipe multidisciplinaire conduisent à des soins inadéquats. Des soins professionnels doivent être guidés pour éviter que des approches différentes ne soient adoptées pour la gestion des clients avec ce trouble. Krawitz & Watson (2003) suggèrent que **l'utilisation de directives (guidelines) de traitements pour l'ensemble du personnel peut aider le travail en équipe.** Le personnel dans cette étude a fortement approuvé **le développement de protocoles** de traitements standards pour les patients avec un BPD.

Gestion de crise et soins hospitaliers

La littérature montre que travailler avec des clients borderline peut être stressant et les infirmières irlandaises semblent partager ce point de vue. En effet, Farguharson (2004) relate que **le personnel soignant est particulièrement sensible au burnout** et que les recherches ont identifié **le stress émotionnel** impliqué dans les soins aux clients atteints de BPD (O'Brien & Flote 1997, Nehls 2000). La supervision a été signalée comme essentielle pour aider le personnel travaillant avec ces clients à négocier ces questions de contre-transfert (Bowers 2002, Duff 2003, Krawitz & Watson 2003, NIMHE 2003, Faulkner 2004). **Les participants à cette étude ont évalué la supervision et le soutien d'équipe comme l'une des ressources les moins utiles.** La raison, malgré un consensus parmi les experts, peut être le manque d'une culture de supervision parmi les infirmières de santé mentale irlandaises.

Un mythe existe auprès des participants à cette étude ; les soins hospitaliers seraient fondamentalement contre-productifs pour le BPD et il serait peu probable qu'ils soient aidants étant donné qu'ils peuvent augmenter la frustration du personnel et nuire à la relation infirmière-patient (Eastwick & Grant 2005). Bien que l'expérience du personnel infirmier puisse indiquer que les soins hospitaliers ne sont pas utiles, cela peut être le reflet d'un manque de services spécialisés et d'un manque de traitements spécifiques au BPD dans les services de santé mentale.

Gestion à long-terme et soins ambulatoires

Le personnel de cette étude a estimé **qu'un service spécialisé pour les BPD serait le moyen le plus bénéfique pour améliorer les soins**. La thérapie comportementale dialectique (TCD) est une forme de thérapie cognitivo-comportementale qui a démontré son utilité dans le traitement du BPD (Linehan 1993). Conformément aux bonnes pratiques, l'implantation de services de TCD devrait être réexaminée dans un contexte de santé mentale en Irlande. **Les postes d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières de pratique avancée** pourraient être développés afin d'offrir des interventions psychosociales, basées sur la TCD, aux patients atteints de BPD.

Bien que les taux de prévalence du BPD soit de 15-20% des patients hospitalisés (Dean 2001, Trull et al. 2003), à peine 4% des patients hospitalisés en Irlande sont diagnostiqués d'un BPD (Daly & Walsh, 2003a, b). Il se peut donc que le trouble soit sous-diagnostiqué. Environ deux tiers des personnes interrogées dans cette étude croient que le fait de ne pas dire le diagnostic aux patients atteints de BPD peut avoir un impact négatif sur leurs soins. Hoffman et al. (2003) suggèrent qu'il peut être bénéfique pour la famille et les soignants d'être éduqués à propos du BPD ; cela est conforme avec les décisions actuelles qui impliquent la famille dans les soins psychiatriques (Commission de la Santé Mentale 2005). Les infirmières de cette étude ont rapporté **une forte croyance selon laquelle l'éducation des patients et des familles fait partie de leur rôle et que ce rôle doit être soutenu et développé**.

Il est préoccupant de voir le nombre de membres du personnel qui rapportent qu'ils n'évaluent pas toujours l'anamnèse des patients au sujet d'abus ou de viols, car jusqu'à 70% des patients avec un BPD ont des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance. Dans une étude de Gallop et al. (1995), les infirmières ont énuméré plusieurs raisons au fait de ne pas faire d'anamnèse sur les abus, comme la peur de déranger le client et de ne pas être en mesure de faire face aux difficultés émotionnelles du client s'il a été victime de mauvais traitements. Bowers (2002) a constaté qu'une compréhension des événements de vie négatifs chez les patients atteints d'un trouble de la personnalité aidait à augmenter les attitudes positives chez les infirmières. Il a été rapporté que, si l'abus sexuel n'est pas détecté, cela peut avoir un impact négatif sur le traitement du client, peu importe le diagnostic (Gallop et al. 1995, Goater & Meehan 1998). Cette étude soutient les affirmations des chercheurs précédents (Gallop et al 1995, Boutcher & Gallop 1996) qui disent que **les infirmières en psychiatrie nécessitent une formation pour apprendre à évaluer les abus avec efficacité et sensibilité**.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE**Conclusions et recommandations**

Les infirmières de cette étude ont presque à l'unanimité perçu ces clients comme difficiles à soigner et que les soins qu'ils reçoivent actuellement sont inadéquats. Un certain nombre de problèmes ont été identifiés comme contribuant à des soins inadéquats et un certain nombre de solutions possibles ont été présentées. Il est **nécessaire de faire de la recherche à ce sujet. Les services doivent développer des guides de bonnes pratiques et la TCD et d'autres interventions psycho-sociales devraient être considérées comme une priorité**. Si les infirmières sont capables d'offrir des soins efficaces, tels que recommandés par la politique de santé mentale, il semblerait **important qu'elles reçoivent une meilleure formation sur les clients avec un BPD ainsi qu'un soutien continu et des supervisions** pour les aider à mieux faire face à ce groupe de clients difficiles. Grâce à la recherche, il existe déjà des indications sur les types de programmes éducatifs qui sont susceptibles d'être utiles ; un effort de coordination est donc nécessaire afin d'offrir cela au personnel.

ETHIQUE
L'approbation de l'éthique de la recherche a été obtenue. L'autorisation d'effectuer l'étude a été demandée et accordée par le comité local de direction.
CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES
<p><u>Selon les auteurs</u></p> <p>L'échantillon relativement petit et le fait que tous les participants travaillaient dans le même service psychiatrique en Irlande signifie qu'il faut être prudent avec la généralisation des résultats. Une deuxième limite est l'utilisation d'une méthodologie simple pour la collecte des données. L'utilisation de la recherche qualitative pour analyser quelques résultats plus en profondeur peut aussi aider à obtenir des informations utiles. Cette étude met en évidence la volonté des infirmières en santé mentale à travailler avec des clients atteints de BPD et leur optimisme vis-à-vis du traitement qui peut être efficace. Le défi pour les services est maintenant d'élaborer des politiques et des services qui répondent aux besoins des clients avec un BPD.</p> <p><u>Remarques personnelles</u></p> <p>Cette étude est particulière car elle contredit les résultats précédents pour ce qui est des attitudes des infirmières. En effet, 80% des participants à cette étude reflètent une attitude positive à l'égard du BPD, mais les auteurs remettent en question ce résultat étant donné que ce n'est pas le comportement réel des infirmières qui a été mesuré. De plus, 75% trouvent tout de même que ce sont des patients difficiles à soigner. Les auteurs ont relevé des lacunes au niveau des connaissances du personnel sur le BPD et 81% des participants estiment que les soins sont inadéquats ; cela confirme l'utilité de notre thématique. D'où l'importance de mettre en évidence les ressources nommées par les participants comme contribuant à une meilleure prise en charge : des services spécialisés pour le BPD, des protocoles standards pour la gestion des patients avec un BPD, des ateliers d'entraînement des compétences, une meilleure formation au cours de la formation initiale, une formation régulière au sein des services (voir tableau 3). Il semble donc important que les infirmières reçoivent une meilleure formation sur les clients avec un BPD ainsi qu'un soutien continu et des supervisions pour les aider à mieux faire face à ce groupe de clients difficiles. Ils ont aussi soulevé l'importance de dire le diagnostic au patient et de l'éduquer à ce sujet. Dans leur discussion, les auteurs nomment la TCD de Linehan comme une thérapie ayant prouvé son utilité. Il est suggéré dans l'étude de développer les postes d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières de pratique avancée pour offrir des interventions basées sur la TCD aux patients souffrant de BPD.</p> <p>Cette étude a une méthodologie très claire et précise. Les tableaux permettent de bien visualiser les résultats. Un autre élément important. L'éthique a été respectée. Selon les titres des auteurs (doctorat, master, certificat post-gradué en éducation,...) nous constatons que ce sont des personnes fiables d'un point de vue scientifique.</p>

Recherche 8 : Koekkoek et al., 2009

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Koekkoek, B., Van Meijel, B., Shene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical Problems in Community Mental Health Care for Patients with Severe Borderline Personality Disorder. <i>Community Mental Health Journal</i> , 45, 508-516.	
PAYS	
Pays-Bas	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Le but est d'évaluer les problèmes que les professionnels perçoivent dans les soins de santé mentale communautaire aux patients souffrant d'un trouble sévère de la personnalité borderline, qui ne suivent pas de thérapie spécialisée.
Questions de recherche/ Hypothèses	Trois questions de recherche: 1) Quels sont les problèmes dans les soins de santé mentale communautaire pour les patients souffrant d'un grave BPD qui ne suivent pas de traitement spécialisé? 2) Quels problèmes identifiés sont jugés les plus urgents par les professionnels? 3) Quels problèmes identifiés sont jugés par les professionnels comme étant les plus propices à une amélioration par l'intervention d'un professionnel?
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Etude exploratoire (qualitative et quantitative)

<p>Population et contexte</p>	<p>Le groupe d'experts était composé de huit professionnels en santé mentale issus de différentes disciplines, de différents lieux de traitement et de différentes formations. Il comprenait 4 infirmières de santé mentale, 2 psychiatres et 2 psychologues. Les critères d'inclusion étaient les suivants: (1) avoir au moins 3 ans d'expérience de travail avec le groupe de patients cibles et (2) travailler dans un centre d'expertise reconnu au niveau national ou être un expert reconnu au niveau national. La taille de l'échantillon de huit a été jugée adéquate, étant donné que le groupe d'experts a été (1) suffisamment homogène pour se concentrer sur les mêmes patients (càd-des experts du BPD) et (2) suffisamment hétérogène pour permettre une variation dans l'identification des problèmes (Powell 2003).</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Une procédure Delphi en quatre phases a été menée pour recueillir et prioriser les points de vue d'un groupe d'experts nationaux sur les graves BPD (n = 8). La méthode Delphi est souvent utilisée pour expliquer les connaissances tacites et parvenir à un consensus sur les sujets peu documentés (Jones et Hunter, 1995; Hasson et al. 2000). La première étape comportait une réunion de groupe en face-à-face, les autres étapes ont été faites par e-mail. Le BPD a été défini selon les critères du DSM-IV (APA, 1994), et la gravité du BPD a été établie par la sélection de participants provenant de lieux où l'on traite des patients atteints de BPD avec un faible fonctionnement.</p> <p>Procédure</p> <p>Dans la première étape de la procédure Delphi, le groupe de discussion a été interviewé sur les problèmes rencontrés dans les soins de santé mentale communautaire pour les patients souffrant de graves BPD. Les interactions entre les membres du groupe de discussion ont été stimulées. Le second auteur animait le groupe de discussion alors que le premier auteur était attentif au contenu et demandait des précisions. Un espace neutre a été utilisé pour la discussion de groupe, qui a duré 95 min. Les thèmes de discussion de l'interview de groupe ont été préparés sur la base d'une revue de littérature pertinente (Koekkoek et al. 2006), mais ont surtout été lancés par les experts eux-mêmes en réponse à la question d'introduction " Quels sont les principaux problèmes dans les soins psychiatriques pour les patients avec un trouble borderline sévère?". Les experts ont été invités à s'exprimer à la fois sur leurs propres expériences personnelles et également sur celles de leurs collègues. Lors de l'interview de groupe, le chercheur principal a noté les problèmes identifiés et les a divisés en cinq catégories validées par les experts. Au cours de la deuxième phase, les experts ont analysé les problèmes et donné des exemples concrets. L'interview de groupe a été enregistrée sur cassette audio, transcrite, et codée manuellement pour l'analyse thématique (Joffe et Yardley 2004) en utilisant un logiciel d'analyse des données qualitatives (Kuckartz, 2001). La structure de codage initiale était basée sur les cinq catégories de problèmes identifiés dans l'interview de groupe.</p> <p>Dans la deuxième étape de la procédure Delphi, le résumé initial et la liste de problèmes ont été envoyés à tous les experts participants en vue d'une validation. Tous les experts ont retourné la liste avec des commentaires, qui ont ensuite été discutés par les équipes de recherche. La liste définitive comportait 36 problèmes.</p>

	<p>Dans la troisième étape de la procédure Delphi, on a demandé aux huit experts d'évaluer les 36 problèmes concernant l'urgence ("Dans quelle mesure pensez-vous que c'est un problème urgent dans la prise en charge quotidienne psychiatrique pour les patients avec un sévère BPD? ") et leur variabilité estimée (" Dans quelle mesure pensez-vous que ce problème puisse être amélioré par l'intermédiaire d'un programme de bonnes pratiques?"). Les experts ont répondu en utilisant une échelle à sept points de Likert. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS (version 15). Les scores moyens du groupe et les écarts-types ont été calculés. En conformité avec la procédure Delphi, on a demandé aux experts, dont les résultats différaient sensiblement (>1,5 point d'écart-type) de la moyenne du groupe, de préciser leurs scores.</p> <p>Dans la quatrième et dernière étape de la procédure Delphi, on a à nouveau donné aux experts la liste des 36 problèmes et aussi le résumé des déclarations issues de la troisième étape. On leur a demandé de reconsidérer leurs scores initiaux à la lumière des commentaires joints et d'établir un nouveau score lorsqu'ils l'estimaient pertinent ou nécessaire. Les moyennes définitives du groupe et les écarts-types ont ensuite été calculés pour les 36 problèmes identifiés par le groupe d'experts.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Les scores sur l'urgence et la variabilité sont résumés, en utilisant les cinq catégories dérivées de l'interview (les problèmes liés au patient, liés au professionnel, liés à l'interaction, liés au système social et lié aux soins de santé mentale). Les scores de l'urgence sont plus élevés que ceux de la variabilité. Dans les sections suivantes, ces catégories seront utilisées pour décrire les résultats quantitatifs. Étant donné que nous avons considéré le score d'urgence comme étant le plus important, les problèmes seront examinés en fonction de leur degré d'urgence par la suite. Un manque de consensus est indiqué par un signe dièse (#) en suivant la classification des problèmes.</p> <p>Les patients</p> <p>Le plus grand problème, selon les experts, est la difficulté que les patients ont avec l'attachement (1) envers les personnes en général et les professionnels en particulier. Le problème d'attachement ne se limite pas à la relation thérapeutique, mais est plus répandue. Le patient ne s'attache pas aux professionnels et cela a pour conséquence une dérive à travers le système de santé, sans continuité des soins. Les patients ont de la difficulté à faire confiance à un thérapeute et ne peuvent le faire qu'après un certain temps, que les professionnels ont tendance à sous-estimer. D'autre part, une relation de dépendance peut être perçue comme dangereuse étant donné que de nombreux patients sont pris en charge à long terme ce qui exige d'importantes ressources qui sont rares, selon les experts (2). La rechute (3) est également perçue comme étant un problème majeur car cela apporte généralement des turbulences considérables (par ex., l'annulation de rendez-vous réguliers, la nécessité d'interventions de crise, le désaccord entre les professionnels, l'hospitalisation). Cela interfère évidemment avec un engagement à long terme dans un traitement. Les experts perçoivent des problèmes urgents (4), des problèmes complexes (5), et une quantité considérable de problèmes (7) comme étant des obstacles importants. Bon nombre de problèmes sont de nature sociale, comme le fait de ne pas avoir de maison, de travail, avoir peu d'argent, ou trop peu de gens sur qui compter. Les tendances suicidaires (6) et les problèmes de personnalité (8) sont cependant considérés comme étant relativement moins urgents.</p>	

Les professionnels

Le problème le plus important de cette catégorie est une **attitude pessimiste des professionnels envers les patients et les traitements** (1). Comparé aux thérapeutes spécialisés dans le traitement des BPD, les professionnels en santé mentale communautaire voient rarement une amélioration lors de leur prise en charge. Croire dans les possibilités de réussite est donc limité, et **de nombreux professionnels ont dit être prudents vis-à-vis de l'implication émotionnelle**. Il y a dix ans la pensée générale était de maintenir les patients à distance. Les experts pensent que cet avis est encore répandu de nos jours. Les patients avec un sévère BPD sont perçus comme imprévisibles et comme des personnes à qui on ne peut pas se lier. Et à partir de là, il n'y a plus qu'un pas vers une attitude qui blâme le patient. Les experts attribuent ce processus à un manque de compétences thérapeutiques, générales et spécifiques dans la prise en charge de patients souffrant d'un sévère BPD (2,3). Les professionnels peuvent envisager la tendance suicidaire intrinsèque de ces patients, mais peu sont en mesure de bien gérer cette problématique (2). Une attitude craintive et des interventions restrictives peuvent être particulièrement problématiques parce qu'elles ne font que renforcer une crise ou une rechute des patients. La tendance suicidaire chronique et récurrente peut également être mal comprise dans les services qui pour la plupart prennent en charge des patients psychotiques ou déprimés qui sont dangereusement suicidaires.

Les interactions

Le patient est considéré comme capable mais peu disposé à se comporter différemment (1). Le patient ne respecte tout simplement pas les règles (par exemple, se conformer aux recommandations de traitement, montrer une motivation pour aller mieux). En revanche, on n'attend pas cela des patients psychotiques. Lorsqu'un patient avec un sévère BPD est perçu comme une perte de temps et d'énergie par les professionnels (2), une incohérence s'installe entre les attentes du traitement de la part du patient et du professionnel (8) ; le professionnel peut facilement commencer à percevoir le patient comme étant « mauvais ». Les patients avec un sévère BPD, selon les experts, peuvent faire que les professionnels se sentent poussés à intervenir (4). Etant donné que l'on connaît un manque au sujet de l'appréciation et de la réussite du traitement (7), les professionnels se sentent tout à fait impuissants (3) et peuvent même se sentir démoralisés (6#). La combinaison de l'impuissance et du blâme envers le patient en raison du manque de progrès peuvent entraîner des comportements non thérapeutiques de la part du professionnel tels que l'irritation, la colère et même l'agression. Un traitement inadéquat (5) peut se passer plus facilement dans un centre de santé mentale communautaire, où les patients psychotiques prennent souvent la priorité ; l'atmosphère est plus survoltée et médicalisée que lors de thérapies spécialisées. Un tel traitement inadéquat peut aussi conduire à une grande dépendance que les professionnels essaient d'éviter. Cela étant, des posologies insuffisantes de traitements ne résolvent pas les problèmes, mais font que les patients régressent, selon les experts. Quelques experts sont critiques vis-à-vis du déni qui peut apparaître dans plusieurs contextes avec un patient ayant un sévère BPD. Cela étant, une attitude naïve et trop « optimiste » caractérise les professionnels qui laissent sortir ces patients.

La famille, le système social et la société

Le contact entre les patients borderline et leurs familles est souvent gravement perturbé. Des années d'incompréhension mutuelle ont érodé toute disposition naturelle de soutien selon les experts. De nombreux parents ont des attentes élevées envers le système de santé mentale mais sont déçus au fil du temps ; il en résulte une mauvaise relation entre la famille du patient et les professionnels (1). Le fonctionnement social du groupe du patient lui-même est très pauvre. Comme les parents (2), les membres de la famille (3 & 5) et les citoyens (4), les patients avec un sévère BPD ont tendance à avoir des

compétences limitées. Par conséquent, les experts s'inquiètent, en particulier, pour les enfants qui ont grandi dans une famille avec un patient souffrant de sévère BPD et il est difficile de savoir s'il faut intervenir et quand.

Le système de santé mentale

La plupart des problèmes rapportés par les experts, jusqu'à présent, résident dans le **manque de soutien de l'institution** dans les systèmes de santé mentale (1). Selon les experts, la plupart des conditions nécessaires pour une bonne prise en charge des patients avec un sévère BPD ne se retrouvent pas dans les soins de santé mentale communautaire. Le traitement structuré (2) avec du temps accordé pour une réflexion sur les sentiments et attitudes personnelles (3) est souvent absent. Sans une vision cohérente des caractéristiques spécifiques de la maladie et de son traitement (4), sous la forme d'un plan de traitement concret (7), souvent un débat se produit entre les professionnels (5) et les soins au jour le jour des patients qui sont hors de contrôle.

Le manque de cohérence (8) et de continuité (9) du traitement (par exemple, les soins de longue durée) est perçu comme étant particulièrement problématique pour les patients souffrant d'un sévère BPD. L'utilisation fréquente mais inefficace des services de plusieurs institutions (11) contribue également à ce manque de continuité. Les experts estiment que ces perturbations sont aussi causées par les politiques de santé et le financement en constante évolution mais peuvent néanmoins être aussi liées au cadre thérapeutique.

Dans les soins en santé mentale communautaire, très peu d'options possibles existent entre le traitement intensif que certains considèrent nécessaires pour les patients avec un sévère BPD (10#) et le fait d'en faire le moins possible, à savoir « le cocooning » (6). Le manque de soutien de l'institution était considéré non seulement comme urgent (1) mais aussi comme modifiable (1). En revanche, le manque de possibilités pour la réflexion et la consultation des professionnels a été jugé comme étant un problème relativement urgent, mais difficile à changer (12). A l'inverse, les experts estiment qu'un problème peu urgent, à savoir l'utilisation fréquente des services, pourrait être facilement modifié (3).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Certains chercheurs éminents en matière de thérapies spécialisées étaient présents parmi nos experts. Ils ont noté les limites de ces thérapies et la nécessité d'améliorer « les soins habituels ». Les données montrent non seulement l'urgence de palier aux problèmes de soins mais aussi l'optimisme des experts vis-à-vis des possibilités d'améliorer les soins. Certains problèmes ont été jugés comme urgents mais difficiles à changer et vice-versa. Néanmoins, la rechute des patients, les attributions des patients, le soutien de l'institution et l'accès à des traitements plus structurés et cohérents sur un long-terme ont tous reçu des scores de variabilité élevés, indiquant des possibles améliorations. Plusieurs problèmes (par ex., la dépendance, la présentation de nombreux problèmes urgents et complexes) ne correspondent pas aux critères du DSM pour le BPD ; ces problèmes ne peuvent être que partiellement attribués aux symptômes de la maladie. Cela peut-être typique du patient borderline ; cela étant, les complications rapportées par les patients peuvent obscurcir les principaux symptômes du BPD. Par exemple, le fonctionnement et le soutien social sont assez limités.

Un deuxième résultat important est que les professionnels de soins en santé mentale communautaire diffèrent de ceux des thérapies spécialisées. **Les professionnels dans les soins de santé mentale communautaire n'ont pas une solide compréhension du BPD.** Les troubles de l'axe I tels que la dépression

et la psychose évoquent une plus grande compréhension et prise en soins que les troubles de l'axe II tels que le BPD. Cependant, ce problème particulier ajouté à d'autres problèmes liés aux professionnels ou à l'interaction a été attribué à un score élevé de variabilité, ce qui indique que **la formation est nécessaire et possible** : ceci dit les attitudes des professionnels envers les patients atteints d'un sévère BPD peuvent et doivent être améliorées.

Un troisième résultat important est que l'organisation des soins de santé mentale communautaire et les problèmes associés à cette prise en charge diffèrent nettement de ceux des thérapies spécialisées. Aujourd'hui, **les soins de santé mentale communautaire ne sont souvent pas préparés aux traitements intensifs des patients**. La disposition des soins de santé mentale communautaire n'est pas basée sur une vision claire du BPD. Elle ne prévoit pas de traitement structuré pour ce trouble ; elle n'a pas la cohérence requise ; et **elle n'offre pas de soutien suffisant pour les professionnels concernés**. En l'absence de principes clairs pour les guider, les professionnels peuvent se sentir perdus avec ce type de patients. Les incertitudes peuvent renforcer les difficultés dans la relation thérapeutique. Il en résulte à la fois le fait de « blâmer le patient » pour ne pas être comme les autres patients – souvent psychotiques – et le fait de « **blâmer le système** » **qui n'offre pas des structures suffisantes et un soutien**. Contrairement aux autres catégories, les problèmes concernant le système de soins de santé mentale ont été attribués à des scores relativement élevés de la variabilité ; des changements systémiques sont donc possibles et nécessaires pour améliorer les soins pour les patients avec un sévère BPD.

Dans l'état actuel des choses, les patients souffrant d'un sévère BPD et les soins de santé mentale communautaire sont souvent « incompatibles ». Etant donné que la « compatibilité » entre ces patients et les thérapies spécialisées n'existe pas non plus. Néanmoins, la thérapie spécialisée pourrait diminuer les nombreux problèmes sociaux, motivationnels et autres, bien que les soins communautaires puissent mettre davantage l'accent sur les attitudes des professionnels concernés, sur l'alliance thérapeutique et sur l'organisation des soins nécessaires. Etant donné que les soins communautaires sont souvent le filet de sécurité pour d'autres formes de traitement en santé mentale, notre préférence va à cette option.

Les professionnels travaillant avec ce type de patients peuvent avoir **besoin de formation particulière** (par exemple, les techniques de motivation, les techniques pour établir et maintenir une alliance thérapeutique), **de plus de soutien direct** (par exemple, la supervision) et **de plus de soutien indirect** (par exemple, des guidelines de soins, un cadre théorique pour la compréhension des comportements des patients) et d'une **plus grande structure organisationnelle** (par exemple, se partager les cas, avoir un accès plus facile aux spécialistes). Des explications et des stratégies de soins efficaces provenant à la fois de programmes de réhabilitation et de thérapies spécialisées peuvent être combinées en un programme d'intervention visant spécifiquement ce groupe de patients. Des stratégies de soins généraux, tels que la prévention des crises, l'évaluation des besoins, l'établissement d'objectifs mutuels et la gestion active des cas peuvent être combinés avec d'autres stratégies de soins spécifiques tels que le focus interpersonnel, l'analyse et les techniques pour la gestion des comportements autodestructeurs en plus des changements organisationnels cités auparavant.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Conclusion : Le but de ces soins devrait être, d'une part, de motiver et de préparer les patients pour des traitements spécialisés et, d'autre part, de développer des soins à long-terme avec des buts réalistes et un soutien adéquat en cas de clairs dysfonctionnements sociaux. Le but de notre future recherche est donc de construire un programme de bonnes pratiques, facile à utiliser par des professionnels non-spécialistes et non-psychothérapeutes.

ETHIQUE
Conflit d'intérêt Les auteurs déclarent que tous garantissent leur responsabilité, que personne n'a un conflit d'intérêt connu, et que ce manuscrit n'a été soumis à aucune autre revue.
CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES
<p><u>Selon les auteurs</u></p> <p>Une limite possible de cette étude est le petit nombre d'experts impliqués. La procédure Delphi, cependant, est connue pour être adaptée à de petits échantillons. Dans cette étude, les participants ont été invités à participer ; ce qui a abouti à un échantillon à la fois divers et spécifique. Une limite de la procédure Delphi est la recherche d'un consensus et la suggestion que les résultats sont la seule vérité possible. Nous avons donc décidé d'analyser les résultats quantitativement et qualitativement. Bien que certains problèmes signalés par les experts pourraient concerner plus d'une catégorie, nous avons opté pour maintenir la classification initiale, comme convenu par les participants durant la première étape de la procédure Delphi et confirmée dans la deuxième étape. La généralisation des résultats peut aussi être limitée dans la mesure où il existe des différences dans l'accessibilité et le financement des systèmes de soins de santé mentale à travers le monde. Compte tenu des rares études disponibles, nous pouvons conclure provisoirement que les soins non spécifiques pour les patients avec un sévère BPD peuvent être problématiques dans les pays les plus industrialisés.</p> <p><u>Remarques personnelles</u></p> <p>Cette étude confirme que les professionnels ont des attitudes pessimistes à l'égard des patients borderline. Ils se sentent impuissants et ils peuvent même en arriver à blâmer le patient. Ensuite, les auteurs évoquent plusieurs raisons à cela, telles que le manque de compétences thérapeutiques, le manque de soutien des institutions,... Tous ces éléments conduisent à des comportements non thérapeutiques de la part des soignants. Les résultats qui nous intéressent le plus sont les moyens pour améliorer les soins, tels qu'offrir un soutien aux professionnels, prévoir des traitements structurés et cohérents sur un long-terme, accorder du temps pour une réflexion sur les sentiments et les attitudes des soignants, offrir des formations qui donnent une vision cohérente des caractéristiques spécifiques de la maladie et de son traitement. Ils ont également parlé de la nécessité d'améliorer les attitudes des professionnels, du besoin de formation particulière (par ex., les techniques de motivation, les techniques pour établir et maintenir une alliance thérapeutique), de plus de soutien direct (par ex., la supervision) et de plus de soutien indirect (par ex., des guidelines de soins, un cadre théorique pour la compréhension des comportements des patients) et d'une plus grande structure organisationnelle (par ex., se partager les cas, avoir un accès plus facile aux spécialistes).</p> <p>Pour ce qui est de la méthodologie, nous pouvons dire que les auteurs ont conscience des limites de l'étude, car ils les ont énumérées. Ils ont aussi dit quelques mots sur l'éthique, mais le fait qu'ils ne nomment ni l'anonymat des données, ni de comité d'éthique nous a quelque peu étonnées. Chaque partie est clairement détaillée et la méthodologie utilisée semble être très rigoureuse, car ils ont employé une procédure Delphi. L'intérêt de celle-ci est qu'elle prend en compte l'avis d'experts et qu'à la fin les réponses convergent vers la « meilleure » réponse.</p>

Recherche 9 : Commons Treloar & Lewis, 2008

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 42, 578-584.	
PAYS	
Australie et Nouvelle-Zélande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Le but de cette étude est d'évaluer les attitudes des cliniciens de santé mentale et de médecine d'urgence, à l'égard des patients diagnostiqués d'un BPD. L'étude en cours a comparé les attitudes de différents groupes professionnels à l'égard des patients borderline qui s'automutilent.
Question de recherche/Hypothèses	Une hypothèse était que le genre du clinicien, la profession et le contexte du service, le niveau de formation, les années d'expérience, la fréquence des contacts cliniques et les formations préalables sur le BPD pourraient influencer les attitudes des professionnels de la santé travaillant avec des patients borderline qui s'automutilent. Une autre hypothèse était que les cliniciens de santé mentale rapporteraient des attitudes plus positives par rapport aux cliniciens de médecine d'urgence, avec des scores plus élevés d'expérience clinique et de niveau universitaire ; une plus grande fréquence de contacts cliniques et une formation spécifique sur le BPD étaient aussi censées augmenter les attitudes positives à l'égard de ces patients.
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Pas nommé par les auteurs (Quantitatif)

<p>Population et contexte</p>	<p>Les participants à cette étude étaient 140 professionnels de santé diplômés dans deux services de santé australiens, de Ballarat (n=52) et de Barwon (n=32), et un service de santé en Nouvelle-Zélande, à Marlborough, Nelson district Health Board (n=56). Le personnel de santé mentale et de médecine d'urgence de ces services a été invité à participer, si dans le cadre de leur travail, il avait rencontré des patients borderline. Le taux de participation était d'environ 61% des cliniciens de Ballarat, 14% de ceux de Barwon et 43% de ceux de Marlborough. Tous les participants étaient aptes à participer à l'étude s'ils étaient des praticiens de santé diplômés. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Un questionnaire et un outil d'évaluation ont été conçus pour quantifier les scores d'attitude ; ceux-ci ont été utilisés pour collecter les données démographiques et évaluer les attitudes de 140 praticiens de santé mentale et de médecine d'urgence.</p> <p>Matériel</p> <p>Un questionnaire démographique a été donné aux participants. Aucune information d'identification n'a été recueillie. Les participants ont été invités à indiquer leur sexe, les années d'expérience, le niveau de formation, la profession, le contexte du service et la moyenne des contacts cliniques avec des patients atteints de BPD. Les participants ont aussi rempli l'« Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire » (ADSHQ) (Traduction libre : Questionnaire sur les Attitudes à l'égard de l'Automutilation), qui se compose de 33 items sur une échelle à 4 points de Likert, allant de 1= fortement en désaccord à 4= tout à fait d'accord. Afin de réduire le biais de réponse, un tiers d'items sont formulés en négatif et aucune réponse neutre n'est possible. La gamme des scores possibles à l'ADSHQ est de 33 à 132, avec des scores plus élevés reflétant des attitudes plus positives. Les items de l'échantillon sont : Faire face à des patients qui s'automutilent est une perte de temps pour les professionnels de santé ; Je gère efficacement les patients qui s'automutilent ; Les patients qui s'automutilent bloquent le système. L'ADSHQ se compose de quatre facteurs qui reflètent l'attitude des personnes envers les patients qui s'automutilent: (i) la confiance perçue dans l'évaluation et l'orientation des patients qui s'automutilent, (ii) la capacité à gérer efficacement les patients qui s'automutilent, (iii) utiliser une approche empathique ; et (iv) les règlements des hôpitaux qui guident la pratique. McAllister et al. (2002) ont rapporté la fiabilité de l'ADSHQ en utilisant l'α de Cronbach pour chacune des dimensions (0.71, 0.74, 0.67, et 0.57, respectivement).</p> <p>Méthode</p> <p>Les participants ont reçu le questionnaire démographique et l'ADSHQ. Tous les participants ont été invités à examiner leurs réponses à l'ADSHQ par rapport à leurs contacts avec les patients borderline uniquement. Les réponses et les questionnaires remplis ont ensuite été renvoyés dans une enveloppe scellée, séparés des formulaires de consentement. Environ un tiers des questionnaires ont été distribués par la poste, en particulier au personnel qui travaille dans les zones périphériques, avec un taux de réponse de 89,4%. Un total de 92,3% des cliniciens ont rempli le questionnaire.</p>

RÉSULTATS

Des différences statistiquement significatives ont été trouvées entre le personnel de santé mentale et le personnel de médecine d'urgence, dans leurs attitudes envers le BPD ; cela été suivi par les années d'expérience et une formation préalable sur les troubles de la personnalité, qui sont des indicateurs significatifs de l'attitude vis-à-vis de l'automutilation. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS, version 9. L'examen de l'ensemble des données initiales indique une distribution normale et des niveaux acceptables d'asymétrie et d'aplatissement des variables.

La cohorte de participants inclut 48 hommes et 92 femmes, avec 64,3 % (n=90) de l'échantillon travaillant dans des services de santé mentale ; les autres participants travaillent dans des services de médecine d'urgence. **Le secteur professionnel principal est les soins infirmiers, avec 69,3% (n=97) des participants.** 17,1% (n=24) sont dans le domaine paramédical (incluant des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes) et 13,6% (n=19) sont dans le domaine médical (des employés du système médical ou psychiatrique, ou des psychiatres). Un total de 32,1% (n=45) ont rapporté avoir une expérience de ≥ 16 ans. En ce qui concerne le niveau de formation, 36,4% (n=51) avaient obtenu un diplôme universitaire de base, 48,6 % (n=68) avaient fait des études supérieures ; et 15% (n=21) avaient seulement effectué une formation hospitalière. 47,1% (n=66) ont rapporté avoir suivi une formation spécifique sur le BPD. En ce qui concerne la fréquence des contacts avec les patients borderline, 26,4% (n=37) ont rapporté un contact quotidien, 43,6% (n=61) ont rapporté un contact hebdomadaire, 11,4% (n=16) ont rapporté un contact tous les quinze jours et 18,6% (n=26) ont rapporté un contact mensuel ou moins souvent.

Les analyses des différences scores moyens et écarts-types de l'ADSHQ ont mis en évidence que les cliniciens de santé mentale avaient un score significativement plus positif pour les attitudes à l'égard des patients borderline qui s'automutilent, que les cliniciens qui travaillent en médecine d'urgence. Il y avait aussi une différence significative entre les scores de l'ADSHQ selon le genre des cliniciens ; **le personnel de sexe féminin a rapporté des attitudes plus positives** envers ce groupe de patients. **Comme prévu, les cliniciens des domaines de la santé mentale et des urgences qui avaient assisté à une formation préalable sur le BPD ont démontré des attitudes significativement plus positives envers ce groupe de patients (t(39) = -3.01, p = 0.003).**

Lors de l'examen de la fréquence des contacts avec les patients borderline, il y avait des différences statistiquement non significatives entre les scores de l'ADSHQ ($F(3,136) = 0.417, p = 0.741, \eta^2 = 0.01$) ; les cliniciens qui ont eu un contact quotidien avec de tels patients avaient des scores similaires à ceux qui n'avaient que des contacts mensuels ou moins souvent. Les différences, observées entre les scores d'attitude des participants qui avaient une formation hospitalière, des études universitaires ou des études postuniversitaires, étaient statistiquement non significatives ($F(3,136)=0.152, p = 0.86, \eta^2 = 0.002$). Il n'y avait pas non plus de différence significative à l'ADSHQ en fonction des années d'expérience clinique ; les cliniciens, dans les quatre périodes de 0-5 ans, 6-10 ans, 11-15 ans et ≥ 16 ans d'expérience, ont obtenu des scores d'attitude similaires envers ces patients ($F(3,136)=0.991, p = 0.399, \eta^2 = 0.02$).

Après un examen plus approfondi, les cliniciens diplômés dans un domaine paramédical ont démontré des scores statistiquement plus élevés de l'attitude envers les patients atteints de BPD que les autres secteurs professionnels : les soins infirmiers ($t(119)=-2.47, p=0.015$) et le secteur médical ($t(41)=2.04, p = 0.048$). Il n'y avait pas de différence significative entre ces derniers ($t(114) = 0.48, p = 0.63$).

Suite à un examen de ces résultats, d'autres analyses statistiques ont été réalisées afin de déterminer si les scores d'attitude changeaient selon les professions, si une formation préalable sur le BPD avait été faite. Les scores moyens et les écarts-types à l'ADSHQ pour les groupes de participants sont présentés dans un tableau. **Un fait intéressant est qu'il y avait un score significativement plus élevé de l'attitude des participants en soins infirmiers qui ont reçu une formation** ($t(95) = 2,70, p = 0,008$) avec un effet moyen (d de Cohen = 0,55). Le personnel médical a aussi montré une amélioration des attitudes suite à une formation ($t(17) = 2,06, p = 0,05$), avec un effet plus important (d de Cohen = 1,17). Cependant, les mêmes comparaisons, au sein du groupe de cliniciens du paramédical, ont montré que la participation à la formation sur le BPD n'a eu aucun effet significatif sur l'attitude du clinicien à l'égard de ce groupe de clients, par rapport à d'autres cliniciens du paramédical qui n'avaient pas assisté à une formation ciblée ($t(22) = 0,16, p = 0,87$).

Afin d'examiner la contribution relative des caractéristiques des cliniciens, une analyse de régression multiple a été effectuée. Les principaux domaines professionnels, les années d'expérience et une formation spécifique ont été les indicateurs les plus forts des attitudes vis-à-vis de l'automutilation.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats suggèrent que, dans cette cohorte, un certain nombre de facteurs influencent l'attitude du professionnel à l'égard des patients borderline qui s'automutilent. Il s'agit notamment du contexte du service professionnel, du niveau d'expérience et s'ils ont suivi une formation spécifique sur le BPD. Plus précisément, **il y avait une différence statistiquement significative** constatée entre les scores des cliniciens qui travaillent en santé mentale et ceux qui travaillent en médecine d'urgence. Les scores d'attitude significativement plus bas chez les cliniciens en médecine d'urgence peuvent être dus au style de contacts que ce groupe a généralement avec les patients borderline. **Les cliniciens en médecine d'urgence qui doivent offrir des soins médicaux urgents** suite à des automutilations peuvent présenter **de plus grandes difficultés à maintenir une attitude empathique** envers ces patients. Cela peut aussi être influencé par le **niveau de stress élevé** dans lequel le patient borderline se présente aux urgences directement après l'automutilation ou la tentative de suicide. **Les cliniciens de santé mentale qui offrent une gestion continue** et un traitement pour le BPD **ont des attitudes plus positives envers ces patients**, et cela peut être influencé par des soins plus soutenus et impliqués, où ils sont en mesure d'apprécier le développement de la maladie et les difficultés spécifiques vécues par le patient.

Une autre constatation importante est que les cliniciens de sexe féminin, à la fois dans des services de santé mentale et d'urgences **avaient des attitudes plus positives** à l'égard des patients atteints de BPD, bien que cette différence n'était pas significative compte tenu des autres facteurs. La capacité des cliniciennes à être empathique avec le patient peut être liée au rôle traditionnel de la femme qui est plus apte à soutenir les patients présentant des difficultés émotionnelles (Henley, 1977, Hoffman, 1977). En outre, la différence observée entre les scores d'attitude entre les hommes et les femmes peut être liée à la présentation de patients de sexe féminin, diagnostiqués d'un BPD. Les hommes sont une minorité des patients recevant le diagnostic de BPD (Wirth-Cauchon, 2001), avec **70-75% des patients avec ce trouble étant de sexe féminin** (Becker, 1997).

Dans l'échantillon actuel, les facteurs tels que la fréquence des contacts avec les patients atteints de BPD, le niveau de formation universitaire, et les années d'expérience clinique n'ont pas été associés à des scores d'attitude à l'égard de ces patients. Pour ce qui est de maintenir une approche empathique et une attitude positive vis-à-vis de l'automutilation chez les patients diagnostiqués d'un BPD, cette étude suggère une alternative à la sagesse

conventionnelle selon laquelle il est toujours nécessaire de référer des patients borderline à des professionnels de santé hautement qualifiés et expérimentés. Les présents résultats suggèrent au moins que tous les cliniciens avec diverses compétences et niveaux de formation semblent équivalents dans leurs scores d'attitude et que d'autres facteurs sont plus prédictifs des attitudes positives pour les patients borderline. Il convient de relever, toutefois, que cette implication ne peut être tirée que par rapport à des attitudes professionnelles, et il se peut que cela ne soit pas le reflet de la connaissance ou de la capacité du clinicien à offrir un traitement médical et psychothérapeutique nécessaire et efficace aux patients atteints de BPD.

La différence constatée dans les scores d'attitude envers le BPD chez des professionnels qui ont acquis une formation spécifique et spécialisée sur le BPD était modérée et était près d'être statistiquement significative, compte tenu des autres facteurs. Ce résultat est cohérent avec la recherche préalable (Krawitz, 2000, 2004). Cependant, une analyse plus approfondie des données suggère que cette formation est plus efficace pour les cliniciens en soins infirmiers et médicaux, qui ont montré une amélioration significative dans leurs scores d'attitude lorsqu'ils avaient assisté à la formation. Un fait intéressant est que les participants du domaine paramédical tels que les travailleurs sociaux et les psychologues ne semblent pas améliorer leurs scores d'attitude lorsqu'ils avaient reçu une formation spécifique sur le BPD. Cependant, ils ont rapporté des attitudes significativement plus positives que les cliniciens en soins infirmiers et dans le domaine médical, dans le fait de travailler avec des patients atteints de BPD.

Ces différences dans les groupes professionnels peuvent suggérer que des formations professionnelles de base sur les facteurs psychosociaux de la maladie mentale peuvent prédisposer les cliniciens du domaine paramédical à avoir des attitudes plus positives à l'égard des patients avec des sévères troubles de la personnalité, plutôt que des formations biomédicales traditionnelles. Ces différences peuvent être liées à l'efficacité limitée de l'utilisation du modèle médical dans le traitement psychothérapeutique du BPD. Il est possible que les formations infirmières et médicales mettent plus l'accent sur la biologie des conditions de santé, incluant les troubles mentaux que les formations standards dans le paramédical. Malheureusement, l'utilisation de la psychopharmacologie dans le traitement du BPD a donné des résultats contradictoires, avec une efficacité limitée de certains antipsychotiques, antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur pour réduire les symptômes de BPD (Bateman, 2004). Bien que toutes les disciplines s'efforcent constamment pour une pratique fondée sur la recherche probante, on pourrait argumenter le fait que la formation des professionnels du domaine paramédical dans le domaine des troubles mentaux prend plus en compte l'étiologie des troubles de la personnalité et l'accent du traitement est fixée sur des stratégies psychothérapeutiques pour obtenir un changement dans les comportements perturbés, typiquement observés chez ces patients. La formation de base des cliniciens du domaine paramédical semble promouvoir des attitudes plus empathiques envers le BPD, qui restent positifs indépendamment de l'accès à une formation ciblée sur le BPD. Indépendamment de la formation universitaire ou hospitalière, à la fois les professionnels en soins infirmiers et ceux dans le domaine médical ont montré une amélioration significative de leurs attitudes à l'égard des patients borderline qui s'automutilent, lorsqu'ils ont eu accès une formation spécifique sur le BPD.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

D'après Marsha Linehan, « les personnes répondant aux critères de BPD inondent les centres de santé mentale et les bureaux des praticiens... **Les patients borderline sont si nombreux** que la plupart des praticiens doivent au moins en traiter un... » (1993). Le contact avec les patients diagnostiqués d'un BPD,

qui présentent des automutilations graves et parfois chroniques, est une expérience commune pour la plupart des cliniciens. Les attitudes pessimistes concernant le pronostic et la difficulté à maintenir une approche positive peuvent induire le sentiment d'être jugé et rejeté chez le patient. Cela limite l'efficacité des interventions et peut ainsi augmenter la chronicité de tels troubles (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Bien que traditionnellement, les cliniciens assimilaient les patients atteints de BPD à des manipulateurs et étaient donc réticents à entrer en relation avec eux (Potter, 2006), **des résultats montrent que la formation pratique et théorique peut contribuer à améliorer les attitudes des professionnels envers ces patients**. Cette étude a relevé que des **améliorations significatives des attitudes peuvent être obtenues avec l'accès à une formation spécifique et de l'éducation** sur le BPD. **Une plus grande empathie et compréhension** peuvent être atteintes grâce à l'amélioration des attitudes à l'égard des patients atteints de BPD ; **il en résulte une approche plus réfléchie et tolérante** face aux difficultés comportementales des patients.

ETHIQUE

Après avoir consulté la direction et avoir rempli les exigences pour l'approbation éthique dans les trois services de santé, les programmes d'éducation ont pu être donnés. Les participants ont reçu un exposé des motifs et un formulaire de consentement qui a été signé avant leur participation.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Remarques personnelles

Les résultats de cette étude montrent qu'une formation pratique et théorique spécifique sur le BPD peut contribuer à améliorer les attitudes des professionnels envers ces patients. Cela s'est retrouvé dans plusieurs études précédentes. L'étude montre aussi que les professionnels de sexe féminin ont des attitudes plus positives à l'égard de ces patients. Selon ces auteurs, les cliniciens de santé mentale ont des scores d'attitudes plus élevés que ceux qui travaillent aux urgences. Une hypothèse intéressante est le fait qu'en santé mentale, les cliniciens offrent une gestion plus continue des patients et qu'ils peuvent donc être témoins de l'évolution du patient. Un autre résultat intéressant est que les cliniciens diplômés dans un domaine paramédical ont démontré des scores statistiquement plus élevés de l'attitude que ceux des soins infirmiers ou du domaine médical. Selon les auteurs, ces différences peuvent suggérer que des formations professionnelles sur les facteurs psychosociaux de la maladie peuvent prédisposer les cliniciens du domaine paramédical à avoir des attitudes plus positives, plutôt que des formations biomédicales traditionnelles. Puis, ils mettent en évidence que les attitudes pessimistes peuvent limiter l'efficacité des interventions ; elles peuvent ainsi augmenter la chronicité des troubles. Ce que nous en retenons est que les principaux domaines professionnels, les années d'expérience et une formation spécifique ont été les indicateurs les plus forts des attitudes.

Pour ce qui est de la méthodologie, le résumé de l'article contient les éléments principaux de l'étude en explicitant chaque partie. L'éthique est respectée. Et le secteur professionnel principal est les soins infirmiers, avec 69,3% (n=97) des participants. Cela augmente la valeur des résultats pour notre travail.

Recherche 10 : Commons Treloar & Lewis, 2008

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Commons Treloar, A. J. & Lewis, A. J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 42, 981-988.	
PAYS	
Australie et Nouvelle-Zélande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Le principal objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une formation clinique, ciblée sur les troubles de la personnalité borderline, pour traiter les attitudes négatives des cliniciens de santé mentale et de médecine d'urgence, en donnant une base théorique pour interpréter les comportements d'automutilation du BPD. Les comparaisons des cliniciens ont aussi été faites en ce qui concerne les contextes des services, les secteurs professionnels, et d'autres données démographiques.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par les auteurs
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Essai contrôlé randomisé (Quantitatif)
Population et contexte	Les participants à cette étude étaient 99 praticiens diplômés dans deux services de santé australiens, de Ballarat (n=13) et de Barwon (n=30), et un service de santé néo-zélandais, Nelson Marlborough District Health Board (n=56). Le personnel des départements de santé mentale et des urgences a été invité à participer, si dans le cadre de leur emploi, il avait rencontré des

	<p>patients atteints d'un BPD. Le taux de participation était de 24,07% de cliniciens pour les départements de santé de Ballarat, 13,39% de cliniciens pour les départements de Marlborough. Tous les participants étaient autorisés à participer à l'étude s'ils étaient des praticiens de santé diplômés. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Matériel Un questionnaire démographique a été utilisé pour collecter les informations démographiques (le sexe, les années d'expérience, le niveau de formation, la profession, le contexte des services et les contacts avec les patients borderline). L'« Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire » (ADSHQ) (Traduction libre : Questionnaire sur les Attitudes à l'égard de l'Automutilation) a été utilisé pour évaluer les attitudes de 99 praticiens, à la fois avant et après la formation. Pour davantage de détails sur l'ADSHQ se référer à l'étude n°9.</p> <p>Les programmes de formation clinique contenaient les informations suivantes : les résultats des recherches sur les attitudes à l'égard du BPD, les taux de prévalence, les critères diagnostiques du DSM-IV, les facteurs étiologiques, les définitions et les taux d'automutilation et de suicide, et les réponses thérapeutiques du BPD. Chaque session de formation a illustré les concepts applicables au BPD, en utilisant la présentation d'études de cas de trois patientes diagnostiquées d'un BPD. Les guidelines cliniques pour travailler avec le BPD, incluant l'Intervention de Crise dans les Guidelines du Département d'Urgence (Mitchell, 2000) et le <i>Guideline Clinique National Numéro 16 : l'Automutilation</i> (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) ont aussi été utilisés à la fin du programme de formation. Le matériel éducatif a été présenté lors d'une conférence de 90 minutes. Les participants ont aussi discuté du contenu, dans un séminaire de 30 minutes.</p> <p>Méthode Les programmes de formation clinique ciblée ont été donnés aux trois services de santé pendant leur temps de développement professionnel. Les résultats ont été mesurés. Pour répondre à l'ADSHQ, les participants ont dû tenir compte de leurs relations avec les patients borderline uniquement. Les questionnaires remplis ont été retournés dans une enveloppe scellée, séparée des consentements dûment remplis avant la formation. A la fin du programme de formation, tous les participants ont été invités à remplir l'ADSHQ à nouveau ; celui-ci a été collecté juste avant que les participants ne retournent dans leur pratique clinique habituelle. Les participants n'étaient pas en mesure de revoir leurs réponses préalables à l'ADSHQ, avant d'assister à la formation, car ils ont été collectés avant la formation clinique. Le codage des questionnaires a permis le couplage des réponses post-formation des participants, avec les résultats pré-formation. Aucun codage n'a été utilisé pour les formulaires de consentement afin de protéger l'anonymat des réponses. L'influence des contextes des services, de la profession, du sexe, du niveau de formation universitaire, des années d'expérience clinique et d'une formation préalable sur le changement des attitudes à l'égard des patients borderline qui s'automutilent a aussi été étudiée.</p>

RÉSULTATS

Après un examen des données initiales qui indiquent une distribution normale et une variance égale parmi les réponses, des analyses à variables simples et multiples ont été effectuées. L'échantillon se composait de **33 cliniciens en médecine d'urgence et de 66 cliniciens en santé mentale**. 46,5 % ont suivi des formations sur le BPD. **75,8% sont du domaine des soins infirmiers (n=75), 4% sont du domaine médical et 20% sont du domaine paramédical**. 26,3% ont des contacts quotidiens avec ces patients, 49,5% des contacts hebdomadaires, 11,1% des contacts tous les quinze jours et 13,1% des contacts mensuels ou moins souvent.

La comparaison globale des scores moyens ainsi que des écarts-types, obtenus avant et après la formation, montre qu'il y a une amélioration significative des attitudes à l'égard des comportements d'automutilation chez les patients borderline, avec un effet petit à moyen ($t(98) = -6,127$, $p = 0,000$, $d = 0,40$). L'analyse des attitudes a montré que la formation a eu le plus fort impact sur la confiance dans l'évaluation et l'orientation des patients ($d=0.43$), et sur une meilleure capacité à gérer efficacement les patients atteints d'un BPD ($d=0.30$). Les impacts sur l'utilisation d'une approche empathique et sur la connaissance des règles de l'hôpital étaient minimales ($d=0.10$ et $d=0.12$, respectivement). En termes de comparaison des services, à la fois les cliniciens de médecine d'urgence et de santé mentale ont montré une amélioration statistiquement significative de leurs attitudes vis-à-vis des comportements d'automutilation des patients borderline, après avoir suivi la formation, avec un effet moyen ($t(32) = -3,45$, $p = 0,002$, $d = 0,43$, et $t(65) = -5,12$, $p = 0,000$, $d = 0,42$, respectivement).

Dans la comparaison des genres, **seules les femmes ont démontré une amélioration statistiquement significative de leurs attitudes après avoir participé à la formation ($t(73) = -6,40$, $p = 0,000$, $d = 0,43$), comparativement aux hommes, qui n'ont montré qu'une légère amélioration** qui n'est pas statistiquement significative ($t(24) = -1,97$, $p = 0,061$, $d = 0,16$). Les participants qui avaient terminé leur formation universitaire de base et ceux qui ont suivi une formation postuniversitaire ont montré des améliorations significatives dans leurs attitudes, après avoir suivi la formation ($t(30) = -3,39$, $p = 0,002$, $d = 0,46$, et $t(55) = -5,38$, $p = 0,000$, $d = 0,44$, respectivement). Un fait intéressant est que les professionnels de santé qui ont suivi des formations hospitalières n'ont pas montré d'amélioration statistiquement significative de leurs attitudes, après la formation ($t(11) = -1,08$, $p = 0,305$, $d = 0,18$). Tous les cliniciens avec 0 à 15 d'expérience clinique ont montré une amélioration significative des attitudes, mais le peu de cliniciens avec ≥ 16 d'expérience clinique n'ont pas montré une amélioration statistiquement significative, après avoir assisté à la formation ($t(26) = -1,66$, $p = 0,108$, $d = 0,21$). Les participants qui avaient terminé une formation préalable sur le BPD ont obtenu un score plus élevé de leur attitudes après avoir assisté à la formation, avec un effet moyen ($t(26) = -1,66$, $p = 0,108$, $d = 0,21$). Le même score significatif de l'amélioration des attitudes a été observé chez les participants qui n'avaient pas assisté à une formation préalable sur le BPD ($t(26) = -1,66$, $p = 0,108$, $d = 0,21$).

L'étude des scores des cliniciens selon les groupes démographiques ont montré que tous les cliniciens, rapportant un contact quotidien ou un contact tous les quinze jours avec les patients borderline, avaient une amélioration significative de leurs attitudes, après avoir suivi la formation, avec un effet petit à moyen ; les cliniciens qui ont enregistré des contacts mensuels ou avec des intervalles plus longs avec les patients borderline ont également amélioré leurs attitudes, mais ils n'ont pas montré d'amélioration statistiquement significative à l'égard des comportements d'automutilation des patients borderline,

suite à la formation ($t(12) = -2.01$, $p = 0.067$, $d = 0.40$). Ces scores ont toutefois montré un effet moyen et s'approchaient d'une signification statistique. Les scores des attitudes avant et après la formation, selon les secteurs professionnels, ont montré que les cliniciens des trois domaines ont amélioré leurs attitudes de façon statistiquement significative, avec un effet moyen à grand ($t(73) = -4.98$, $p = 0.000$, $d = 0.39$; $t(19) = -3.55$, $p = 0.002$, $d = 0.41$ et $t(3) = -4.90$, $p = 0.016$, $d = 0.79$, respectivement).

Un examen plus approfondi des scores d'attitude, en utilisant une série d'analyse de co-variance entre les groupes (ANCOVAs), a ensuite été effectué pour comparer les groupes démographiques afin de déterminer, si, après avoir ajusté les scores différents de l'ADSHQ préformation, il y avait des différences significatives entre les scores de l'ADSHQ qui ont été observés après la formation. Tous les cliniciens ont des améliorations équivalentes de leurs attitudes à l'égard des comportements d'automutilation des patients borderline, après avoir contrôlé les scores de l'ADSHQ préformation. De même, une formation préalable sur le BPD n'est pas une condition préalable à un plus grand changement d'attitude ; les participants qui n'avaient pas eu de formation préalable ont montré le même score d'amélioration à l'ADSHQ après avoir assisté à la formation.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Une formation clinique ciblée sur le BPD a permis une amélioration statistiquement significative dans les scores des attitudes des cliniciens à l'égard des comportements d'automutilation des patients ayant un BPD. De tels résultats sont cohérents avec des recherches antérieures (Krawitz, 2000, 2004). Des attitudes plus positives, à l'égard de l'automutilation chez les patients atteints d'un BPD, ont été rapportées par les participants après la formation. Étant donné que l'intervention éducative comprenait une combinaison de connaissances spécifiques, de discussions et de réflexions, de participation active et d'implication pour le développement professionnel, il est difficile de discerner avec précision quels sont les facteurs qui ont amélioré les attitudes.

Il a été montré que les cliniciens, à la fois en médecine d'urgence et en santé mentale, étaient en mesure de démontrer une amélioration statistiquement significative de leurs attitudes envers ce groupe de patients, s'ils ont accès à une formation clinique ciblée. Ceci est important étant donné que les cliniciens en médecine d'urgence sont généralement négatifs dans leurs réponses aux patients atteints de BPD, ou dans leurs réponses à ceux qui se présentent aux urgences pour le traitement de blessures dues à des automutilations (Johnstone, 1997, Platt & Salter, 1987, McAllister et al., 2002, Boyes, 1994, Sbaih, 1993). De même, **les cliniciens de santé mentale peuvent aussi montrer des attitudes méprisantes à l'égard des comportements d'automutilation, et les patients borderline en général** (Huband & Tantam, 2000, Haswell & Graham, 1996, Bowers & Allan, 2006).

Les hommes ne présentent pas le même score d'amélioration des attitudes, suite à la formation clinique ciblée, que les femmes, qui ont manifesté un changement statistiquement significatif avec un effet important. Les hommes ont aussi évalué leurs attitudes de façon plus négative que les femmes, avant l'intervention. **Cela peut être dû à la capacité des femmes à être plus empathiques avec les patients présentant des difficultés émotionnelles** (Henley, 1977, Hoffman, 1977), et à la plus haute fréquence de patientes de sexe féminin atteintes d'un BPD (Becker, 1997). Il est aussi suggéré que les stratégies d'enseignement pour améliorer les attitudes des cliniciens de sexe masculin doivent être différentes de celles utilisées dans la formation de cette étude (tels que la présentation de cas cliniques utilisant des patients borderline de sexe masculin).

Bien que les cliniciens qui avaient terminé une formation universitaire aient eu une amélioration significative des scores d'attitude après la formation, les cliniciens qui ont suivi des formations hospitalières n'ont pas démontré des niveaux similaires d'amélioration statistique. Cela a aussi été démontré pour les cliniciens avec différentes années d'expérience clinique ; seuls les cliniciens qui avaient ≥ 16 ans d'expérience n'ont pas montré une amélioration statistiquement significative de leur score à l'ADSHQ, après avoir suivi la formation. Après un examen de ces deux groupes, 91.67% (n=11) des cliniciens qui ont suivi des formations hospitalières ont déclaré avoir ≥ 16 ans d'expérience clinique, et 40.74% (n=11) des cliniciens avec ≥ 16 ans d'expérience clinique étaient ceux qui avaient seulement suivi une formation hospitalière. Ce résultat peut suggérer que le programme d'éducation a été implicitement ciblé pour les participants qui ont fait des études de niveau universitaire, qui ont tendance à être plus réceptifs aux séminaires et aux discussions. Cette interprétation est appuyée sur le fait que **les effets de l'intervention augmentent avec le niveau de formation**. Ce résultat peut aussi être le reflet d'une génération de cliniciens qui sont résistants aux changements d'attitudes. Cela peut être lié aux attitudes fortement ancrées et traditionnelles, ainsi qu'à des pratiques en santé et en psychiatrie, où le modèle biomédical peut avoir plus guidé la formation de cette génération. **Ce groupe a tendance à être sceptique quant à la réceptivité des patients borderline aux interventions de santé mentale**. Cela pourrait argumenter le fait que la formation hospitalière de base pour ces cliniciens n'a peut-être pas intégré une compréhension approfondie de l'étiologie des troubles de la personnalité, et l'utilisation de cadres théoriques et de traitements psychothérapeutiques, qui peuvent avoir été enseignés aux autres cliniciens au cours de leur formation universitaire. **Modifier la pratique clinique devient évidemment difficile après une longue période d'interactions avec les patients atteints de BPD**.

Lorsque l'on compare les groupes de cliniciens en termes de formation préalable sur le BPD, ceux qui n'avaient pas reçu de formation préalable avaient statistiquement amélioré leurs scores à l'ADSHQ après une telle formation ; les cliniciens qui avaient reçu une formation ciblée sur le BPD, avant ce programme de recherche, ont aussi eu une réponse significativement plus positive vis-à-vis des comportements d'automutilation. Cela a également été trouvé dans les différents secteurs professionnels : les praticiens en soins infirmiers, ceux du domaine paramédical et ceux du domaine médical. Ces résultats soulignent **la nécessité d'offrir des opportunités de formation régulière dans le domaine du BPD pour les cliniciens, de différents services et différentes professions, afin de faciliter les réponses empathiques envers les patients borderline**. La formation clinique peut aider à améliorer et à maintenir les attitudes positives des cliniciens vis-à-vis des patients atteints de ce trouble.

Dans l'ensemble, les cliniciens ont rapporté une fréquence variable de contacts avec les patients atteints de BPD ; tous ont montré une amélioration de leurs attitudes. Les cliniciens qui ont eu des contacts avec ce groupe de patients dans un intervalle d'un mois ou plus, n'ont cependant pas montré une amélioration significative de leurs scores à l'ADSHQ, après avoir participé à la formation. Cela peut être dû à la difficulté d'appliquer le matériel pédagogique à la pratique clinique avec ce groupe de patients, qui ne le sont pas du tout familiers. Dans cette cohorte, les cliniciens qui avaient au moins un contact tous les quinze jours avec ces patients ont démontré que le programme de formation leur a été utile dans la prise en compte de la maladie ; cela pourrait permettre d'améliorer les réponses avec ces patients.

Lors du contrôle des différents scores à l'ADSHQ avant la formation, tous les cliniciens des services de médecine d'urgence et de santé mentale avaient une amélioration équivalente de leurs attitudes, après avoir participé au programme de formation. Ce type de réponse a aussi été trouvé pour les trois secteurs professionnels, aussi bien que pour les cliniciens qui ont et qui n'ont pas reçu une formation préalable ciblée sur le BPD. Il est **évident que, grâce à une**

formation clinique ciblée sur le BPD, les attitudes méprisantes, généralement observées chez les cliniciens en réponse aux contacts avec ces patients, peuvent être améliorées, même lorsque les cliniciens ont suivi une formation préalable sur le BPD. Cela suggère que **l'accès à une formation clinique sur le BPD peut améliorer les attitudes, à la fois des cliniciens de médecine d'urgence et de santé mentale**, et que **l'accès régulier à un tel enseignement** peut aider à maintenir des attitudes positives et des réponses empathiques.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

La littérature montre de manière évidente que les comportements d'automutilation et le diagnostic des patients ayant un BPD peuvent souvent façonner les attitudes du personnel et les réponses thérapeutiques et que les tentatives de développer une compréhension empathique envers l'automutilation, dans un contexte de trouble de la personnalité, sont cliniquement importantes dans le système de santé actuel. Il devient impératif de veiller à ce que tous les cliniciens qui sont en contact clinique avec ces patients, bénéficient d'un accès régulier à la formation sur ce trouble complexe.

ETHIQUE

Après avoir consulté la direction et avoir rempli les exigences pour l'approbation éthique dans les trois services de santé, les programmes d'éducation ont pu être donnés. Les participants ont reçu des informations sur les motifs et un formulaire de consentement. L'anonymat des réponses a été respecté.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Selon les auteurs

La composition de l'ADSHQ comme outil d'évaluation, avec les participants devant répondre avec un accord ou un désaccord (une réponse neutre n'étant pas permise), est une limite. D'autres limites de l'étude se rapportent à la petite taille de l'échantillon et à un manque de suivi des attitudes à long terme. L'évaluation de l'impact direct du changement des attitudes du clinicien dans la pratique clinique et la longévité de l'amélioration des attitudes allaient au-delà de la portée de la présente étude et restent une suggestion pour la recherche future.

Remarques personnelles

Comme en témoigne cette étude, une amélioration des attitudes envers les patients borderline ou vis-à-vis des comportements d'automutilation peut être obtenue grâce à une formation clinique ciblée sur le BPD. Mais les auteurs ont rajouté la nécessité d'offrir un accès régulier à un tel enseignement pour aider à maintenir les attitudes positives et les réponses empathiques. Cela est très intéressant pour notre thématique. Une limite de cette étude est qu'il est difficile de savoir avec précision quels facteurs ont contribué à améliorer les attitudes.

Pour ce qui est de la méthodologie, les auteurs mentionnent clairement le devis de recherche ainsi que leur méthodologie et les limites de l'étude. Leur résumé est structuré et contient les éléments principaux de l'étude. L'éthique a été respectée. Ces éléments, nous permettent de dire qu'il s'agit d'une étude avec une méthodologie claire et rigoureuse.

Recherche 11 : Markham & Trower, 2003

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Markham, D. & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. <i>British Journal of Clinical Psychology</i> , 42, 243-256.	
PAYS	
Royaume-Uni	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Le but de la présente étude était d'étudier comment l'étiquette de BPD influence les attributions causales du personnel et d'évaluer la façon dont celles-ci sont liées à la sympathie du personnel, à l'optimisme et aux évaluations de leurs expériences personnelles face au travail avec des patients ayant un diagnostic de BPD.
Question de recherche/Hypothèses	Des émotions comme la colère ont été associées à des attributions internes et contrôlables des causes des comportements négatifs (Weiner, 1980). Depuis que le personnel a rapporté de telles émotions lorsqu'il travaille avec des patients ayant un trouble de la personnalité (Fraser & Gallop, 1993; Lewis & Appleby, 1988), une hypothèse a été émise : les attributions du personnel seraient plus internes et contrôlables pour un patient avec une étiquette de BPD qu'avec un patient avec une étiquette de schizophrénie ou de dépression. En accord avec le modèle de Weiner (1985), une autre hypothèse est que le personnel serait moins sympathique envers les patients souffrant de BPD, et que cela serait lié aux attributions de contrôle.
Concepts et théories	Un cadre psychologique est nécessaire afin d'investiguer la nature des perceptions du personnel envers les patients atteints de ce trouble : la théorie de l'attribution . La théorie de l'attribution, à l'origine formulée par Heider (1958), et développée ultérieurement par Kelley (1971), est basée sur la prémisse selon laquelle les gens déterminent les causes des événements afin d'éprouver un sentiment de contrôle sur leur environnement. Ce «raisonnement causal» est généralement évalué selon quatre dimensions d'attribution, comme suit: (1) interne ou externe: si la cause d'un événement est attribuée à la personne ou à l'environnement. (2) stable ou instable: si l'on croit que la cause d'un événement est susceptible d'être la même à chaque fois que l'événement se produit ou non. (3) globale ou spécifique: si l'on croit que la cause de l'événement est susceptible

	<p>d'avoir des influences larges sur d'autres événements ou non. (4) contrôlable ou incontrôlable: si l'on croit que la personne a le contrôle sur la cause du comportement ou de l'événement.</p> <p>En recherche clinique, l'attribution du personnel selon laquelle une personne a le contrôle sur les comportements difficiles a été associée à des émotions négatives du personnel, notamment plus de colère et moins de sympathie (Sharrock, Jour, Qazi, et Brewin, 1990). L'optimisme et le fait de procurer de l'aide dans les soins ont également été liés aux attributions envers les comportements difficiles des patients (Dagnan et al., 1998). Ces études sont basées sur le modèle cognitif de Weiner (1985) qui relie les émotions et les comportements d'aide aux attributions. Le modèle de Weiner peut être illustré en comparant nos réponses à un événement négatif, comme une voiture qui roule très lentement en face de nous. Si nous faisons l'attribution selon laquelle le pilote a fait le choix d'aller lentement (a le contrôle), selon cette théorie, nous sommes susceptibles de ressentir de la colère. Mais si nous supposons qu'il y a un problème avec la voiture (le chauffeur n'a pas le contrôle), alors nous sommes moins susceptibles d'être en colère et plus susceptibles d'être sympathiques. Par conséquent, si les patients avec une étiquette de trouble de la personnalité sont plus susceptibles d'être perçus comme ayant le contrôle de leurs comportements déviants, il est plus probable qu'ils soient considérés comme immoraux ou mauvais (Rabkin, 1974). Il est alors plus probable que le personnel éprouve des émotions négatives à l'égard de ces patients.</p> <p>La recherche suggère que l'optimisme et le désespoir sont associés à des attributions de stabilité et de globalité pour les causes des comportements négatifs (Peterson, Maier & Seligman, 1993 ; Sharrock et al., 1990 ; Weiner, 1980). Il a été suggéré que le personnel est moins optimiste vis-à-vis de possibles changements chez les patients ayant une étiquette de BPD (Dawson, 1996; Gabbard, 1989; Linehan, 1993) ; une hypothèse dit que le personnel serait moins optimiste au sujet d'un possible changement et qu'il évaluerait les attributions causales des comportements négatifs comme plus stables et plus globales à l'égard de patients ayant un diagnostic de BPD par rapport à ceux avec d'autres étiquettes diagnostiques.</p>
MÉTHODES	
Devis de recherche	Une méthodologie avec un questionnaire quantitatif intra-sujets
Population et contexte	50 infirmières de santé mentale ont pris part à l'étude ; toutes ont travaillé dans des établissements hospitaliers du NHS (National Health Service) prenant en charge des adultes ou des personnes âgées. En tout, 48 questionnaires ont été retournés de façon satisfaisante. Cet échantillon comprenait 33 femmes (69%) et 12 hommes (25%); trois participants n'ont pas indiqué leur sexe. L'âge moyen des participants était de 38 (Ecart-type = 9,3), et leur expérience moyenne dans les soins infirmiers était de 12,7 ans (Ecart-type = 8,9).

<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Une méthodologie par un questionnaire quantitatif intra-participants a permis au chercheur de manipuler la variable indépendante (l'étiquette psychiatrique de BPD, schizophrénie ou dépression) tout en contrôlant de nombreuses variables parasites possibles. Les participants ont répondu à trois sections identiques d'un questionnaire, chaque section se rapportant à une étiquette psychiatrique différente (BPD, schizophrénie, dépression). Un plan complet contrebalancé a été utilisé pour contrer les effets d'ordre.</p> <p>Mesures</p> <p>Le questionnaire employé dans l'étude était basé sur la version modifiée de Dagnan et al. (1998) du Questionnaire d'Attribution de Peterson et al. (1982). Il a été demandé au personnel d'imaginer un patient avec un diagnostic psychiatrique spécifique (BPD, schizophrénie, dépression). Ensuite, six courts exemples de comportements difficiles, courants chez ces patients, leurs ont été présentés, sur la base de Dagnan et al. (1998). Les comportements difficiles portaient sur des activités telles que le fait d'agir d'une manière violente, de ne pas assister à une activité thérapeutique prévue ou de refuser de satisfaire une demande du personnel. Après chaque scénario, les participants ont été invités à identifier la cause possible du comportement, puis à évaluer leurs attributions de cette cause sur une échelle bipolaire à 7 points pour les dimensions suivantes: l'intériorité, la stabilité, la globalité, la contrôlabilité de la cause, et la contrôlabilité de l'événement.</p> <p>Les participants ont également évalué leur degré de sympathie avec le patient dans chacun des scénarios sur une échelle bipolaire à 7 points, allant de «pas sympathique du tout» à «extrêmement sympathique». A la fin de chacune des trois sections du questionnaire, l'optimisme du personnel vis-à-vis d'un possible changement a été évalué en leur demandant d'évaluer leur degré d'accord avec quatre déclarations optimistes. Les réponses ont été mesurées sur une échelle bipolaire à 7 points et additionnées pour obtenir une note globale. Les déclarations ont été prises à partir de Dagnan et al. (1998), elles-mêmes basées sur le travail de Sharrock et al. (1990). Dans chaque scénario, il a été déclaré explicitement que le patient était de sexe féminin afin d'exclure le genre comme une variable parasite. Les participants ont été invités à enregistrer des données démographiques, notamment le sexe, l'âge, les années d'expérience comme infirmière et l'expérience avec chacun des trois groupes de clients. En outre, ils ont été invités à évaluer leurs expériences personnelles avec chacun de ces groupes sur une échelle bipolaire à 7 points, allant de «extrêmement positif» à «extrêmement négatif».</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Une série d'ANOVAs simples intra-participants a été effectuée afin de déterminer si l'étiquette psychiatrique a eu un effet sur les variables dépendantes. Lorsque les résultats étaient significatifs, des T-tests ont été réalisés pour évaluer les différences entre les évaluations pour les étiquettes de BPD, de schizophrénie et de dépression. Les comparaisons entre les étiquettes spécifiques ont révélé que les scores de stabilité pour l'étiquette de BPD étaient significativement plus élevés que pour la schizophrénie et la dépression, $p = .042$ et $p = .004$, respectivement. Pour la dimension d'intériorité, les scores</p>	

pour les étiquettes de BPD et de schizophrénie ne sont pas significativement différents, $p = .109$, tout comme la comparaison des scores entre les étiquettes de BPD et de dépression, $p = .418$. Les scores de contrôlabilité de la cause du comportement étaient plus élevés pour le BPD que pour la schizophrénie, $p < .001$, ou la dépression, $p < .001$. De même, les scores pour la contrôlabilité de l'événement étaient plus élevés pour le BPD que pour la schizophrénie, $p < .001$, ou la dépression, $p < .001$.

Les taux de sympathie vis-à-vis du BPD étaient significativement inférieurs à ceux de la schizophrénie, $p < .001$, et à ceux de la dépression, $p < .001$. Les scores d'optimisme pour le BPD étaient significativement inférieurs à ceux de la schizophrénie et de la dépression, $p < .001$ et $p < .001$, respectivement. De même, le personnel a évalué ses expériences personnelles avec des patients ayant un diagnostic de BPD comme étant plus négatives qu'avec des patients ayant un diagnostic de schizophrénie, $p < .001$ ou de dépression, $p < .001$. Des tests de corrélation de Pearson ont été réalisés pour évaluer l'association entre la sympathie et la contrôlabilité pour chaque diagnostic. Les items concernant la sympathie et la contrôlabilité ont été additionnés pour obtenir des scores globaux pour chaque participant.

Les graphiques des données ont révélé deux exceptions (outliers), représentant les participants qui ont déclaré des scores extrêmement élevés de sympathie à travers toutes les situations et toutes les étiquettes diagnostiques. Ce style de réponse a eu un effet disproportionné sur les corrélations du BPD car les notes de sympathie étaient plus faibles pour le BPD que pour la schizophrénie ou la dépression. Pour ces raisons, ils ont ensuite été exclus de l'analyse impliquant les scores de sympathie. Les corrélations entre les niveaux de sympathie et les attributions de contrôle ont été dans le sens attendu et statistiquement significatives pour les trois diagnostics.

Des corrélations ont été effectuées pour évaluer les relations entre les niveaux d'expérience personnelle et l'optimisme. Elles ont été statistiquement significatives dans le sens attendu, avec des scores inférieurs d'optimisme étant associés à des taux inférieurs d'expérience personnelle.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les attributions globales, stables et internes

L'hypothèse selon laquelle les attributions du personnel seraient plus internes, stables et globales lorsque les patients ont reçu une étiquette BPD a été évaluée. Aucune différence significative n'a été évidente pour la dimension de globalité. Les infirmiers pensent donc que l'influence de la cause sur d'autres aspects de la vie des patients était la même pour chacun des diagnostics. Les scores du personnel pour la dimension de stabilité ont été plus élevés pour les patients atteints d'un BPD que pour ceux atteints d'une dépression ou d'une schizophrénie. Par conséquent, selon le modèle de Weiner, les résultats indiquent que **le personnel est plus susceptible de croire en la possibilité d'un changement de comportements négatifs chez des personnes ayant une schizophrénie ou une dépression que chez celles qui ont un BPD**. L'hypothèse selon laquelle les attributions du personnel seraient plus internes pour le BPD n'a pas été appuyée par les résultats, et nécessite un examen plus approfondi.

Les attributions de contrôle

Les résultats de cette étude ont fortement soutenu l'hypothèse selon laquelle le personnel perçoit les patients avec une étiquette de BPD comme ayant plus de contrôle sur les causes des événements négatifs que ceux avec un diagnostic de schizophrénie ou de dépression. En outre, les patients avec une

étiquette de BPD ont également été évalués comme ayant plus de contrôle sur les événements eux-mêmes que les patients avec une schizophrénie ou une dépression. Les résultats selon lesquels le personnel considère que les patients ayant reçu un diagnostic de BPD ont plus de contrôle sur les événements négatifs que les patients ayant reçu un autre diagnostic est en contraste avec la suggestion de la littérature selon laquelle les patients diagnostiqués d'un BPD perdent la confiance en leur propre auto-efficacité (Gunderson et al., 1997; Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993). Selon Gabbard (1989), ce manque de confiance conduit les patients à percevoir les autres comme étant dans le contrôle. Les attributions de contrôle ont été associées à des réactions émotionnelles et comportementales (Weiner, 1985). En milieu clinique, les attributions de contrôle ont été montrées comme étant associées à la volonté du personnel d'offrir de l'aide (Dagnan et al., 1998). En outre, Dagnan et al. ont constaté que les niveaux de contrôle ont été associés à des évaluations négatives du patient. Ainsi, lorsque le personnel fait **l'attribution selon laquelle le patient a le contrôle sur la cause du comportement difficile, il est plus probable que le personnel évalue négativement la personne**. En travail clinique, il est important de séparer l'évaluation du comportement d'un patient de l'évaluation du patient lui-même pour créer des relations de travail positives (Dryden, 1990).

La sympathie et la contrôlabilité

Comme indiqué plus haut, la perception du personnel selon laquelle les patients ont le contrôle des événements négatifs a été associée à des émotions, notamment la sympathie (Sharrock et al., 1990). La relation entre les cotes de sympathie et les attributions de contrôlabilité a été évaluée dans la présente étude. Comme prévu, pour tous les diagnostics, les attributions de contrôlabilité de la cause étaient significativement associées aux taux de sympathie. Plus le patient était perçu comme ayant le contrôle, moins le personnel était sympathique. Ces résultats sont en accord avec la théorie de Weiner (1985) et la recherche clinique antérieure (Dagnan et al., 1998). Comme hypothèse, le personnel éprouve moins de sympathie envers les patients avec une étiquette de BPD qu'envers les patients souffrant de schizophrénie ou de dépression. En fait, pour les patients ayant reçu un diagnostic de BPD, les scores moyens de sympathie sont en dessous du point médian de l'échelle bipolaire, vers le pôle «pas sympathique». En revanche, les scores moyens de sympathie pour les patients avec une étiquette de dépression ou de schizophrénie se situent vers la polarité opposée, «très sympathique». Ainsi, le personnel était non seulement moins sympathique envers les patients ayant reçu un diagnostic de BPD, ils ont aussi rapporté une tendance à être antipathique.

Les expériences personnelles et l'optimisme

Le personnel a également rapporté des expériences personnelles plus négatives avec des patients ayant une étiquette de BPD. D'une manière similaire à la notation de sympathie, les scores moyens des expériences personnelles allaient vers la polarité négative de l'échelle bipolaire pour le BPD. Cela indique que les expériences du personnel avec les patients avec une étiquette BPD sont généralement perçues comme négatives, alors que pour la schizophrénie et la dépression, elles sont considérées comme positives. Ces expériences sont clairement inquiétantes et sous-tendent la **nécessité d'aborder de telles expériences** si un traitement efficace doit être donné. Toutefois, la mesure utilisée dans l'étude était une simple évaluation globale de l'expérience, et une enquête plus approfondie peut être nécessaire pour établir les principaux aspects qui influencent l'expérience du personnel.

Les expériences personnelles avec des patients borderline n'étaient pas significativement associées à des attributions d'intériorité, de stabilité ou de globalité. Cependant, les scores du personnel concernant l'expérience personnelle vis-à-vis des patients borderline étaient significativement corrélés avec leurs scores d'optimisme. Il n'est peut-être pas surprenant que les expériences négatives soient associées à une baisse d'optimisme. En considérant

l'optimisme général du personnel pour le changement dans chaque groupe de clients, le personnel était le moins optimiste pour le changement chez les patients ayant une étiquette de BPD. Cela confirme les observations faites par les auteurs dans le domaine clinique ; l'optimisme peut jouer un rôle important dans le travail avec des patients ayant reçu un diagnostic de BPD (Dawson, 1996; Gabbard, 1989; Linehan, 1993). Linehan (1993) **aborde la nécessité pour le personnel de faire preuve de souplesse, mais de garder la foi en la méthode et la personne pendant le traitement. Il a été suggéré que l'optimisme est un facteur qui peut augmenter ou diminuer lors des interactions avec les patients ayant reçu un diagnostic de BPD.** Au départ, le personnel est censé se concentrer sur le potentiel du patient et est très optimiste quant au changement, mais l'optimisme personnel est remis en question lorsque les patients ne parviennent pas à récupérer malgré le fait qu'ils reçoivent de l'empathie et malgré les efforts héroïques de la thérapie (Burnham, 1966). Lorsque les patients ne parviennent pas à une amélioration, le personnel peut perdre confiance en ses propres capacités et par la suite se sent désespéré (Main, 1957). **Par conséquent, pour soutenir le personnel, il peut être utile de se concentrer sur l'optimisme dans un laps de temps en mettant l'accent sur des attentes initiales réalistes.**

Conclusion

Les résultats soutiennent l'hypothèse que **les patients ayant reçu un diagnostic de BPD attirent plus de réponses négatives de la part du personnel que ceux avec une étiquette de schizophrénie ou de dépression.** Les résultats ne confirment pas l'hypothèse que le personnel ferait plus d'attributions internes envers les patients souffrant de BPD. Toutefois, les attributions du personnel dans les dimensions de stabilité et de contrôlabilité étaient plus élevées pour le BPD qu'ils ne l'étaient pour la schizophrénie ou la dépression. Le personnel pense donc qu'ils ont plus de contrôle sur les causes du comportement et le comportement lui-même. En accord avec le modèle de Weiner (1985) et des recherches antérieures (Dagnan et al, 1998; Sharrock et al, 1990), les attributions de contrôle étaient significativement liées à la sympathie du personnel. Le personnel a signalé moins de sympathie et d'optimisme envers les patients ayant reçu un diagnostic de BPD en évaluant leurs expériences personnelles comme étant plus négatives. **Lutter contre les attributions de contrôle grâce à la supervision et la formation peut contribuer à modifier la sympathie du personnel envers les patients ayant reçu un diagnostic de BPD et alléger ses expériences négatives avec ces patients.**

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Recherches ultérieures et implications

Il serait utile de savoir si les croyances du personnel sont formées par l'expérience personnelle avec de tels patients ou si elles ont été acquises par l'exposition à des stéréotypes et à des schémas de causalité. Brickman et al. (1982) suggèrent que lorsque le personnel fait des attributions selon lesquelles il est responsable de la résolution des difficultés des patients, il est enclin au «burnout». Main (1957) suggère que les **patients ayant reçu un diagnostic de BPD désirent que les autres soient responsables de leur douleur émotionnelle, ce qui induit une responsabilité massive chez le personnel s'il l'accepte.** Par conséquent, évaluer les attributions du personnel dans la responsabilité de résoudre les difficultés des patients peut se révéler utile dans un développement de nouvelles recherches. La présente étude a illustré les effets probables de l'étiquette du BPD sur les attributions du personnel. Si cette étiquette commence à être connue par ceux de l'extérieur du système de santé mentale, le stéréotype négatif peut avoir un impact sur les personnes avec un diagnostic de trouble de la personnalité dans des contextes plus larges, tels que l'emploi et le logement.

ETHIQUE

L'approbation éthique a été obtenue des autorités de la santé et de leurs responsables. Tous étaient consentants à prendre part à l'étude. Ils ont été informés sur la recherche. Le personnel a alors renvoyé les questionnaires de façon anonyme via le système de courrier interne.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Limites méthodologiques et de la recherche (selon les auteurs)

L'utilisation d'un devis intra-sujets a contrôlé de nombreuses variables parasites, mais les participants étaient conscients du fait qu'ils ont été interrogés au sujet de différents groupes diagnostiques. Les effets probables de cela ont donc été évalués au cours de la phase pilote de l'étude. Le personnel a indiqué qu'il a répondu de façon systématique aux demandes de la recherche dans les trois groupes de diagnostic. Pour cette raison, il est important de préciser que la recherche concernait les points de vue personnels et qu'il était également important que les participants aient confiance en l'anonymat des formulaires retournés. D'autres recherches utilisant des devis intra-sujets et des méthodes qualitatives peuvent augmenter la validité des résultats de la présente étude. En outre, il convient de souligner que la recherche portait sur les croyances stéréotypées du personnel envers les patients féminins et que dans de réelles situations le personnel peut s'appuyer sur davantage d'informations contextuelles pour faire des attributions causales.

Remarques personnelles

Plusieurs éléments de cette étude sont intéressants pour notre travail. Les résultats montrent que les patients avec une étiquette de BPD ont provoqué des réponses plus négatives de la part du personnel que ceux avec une schizophrénie ou une dépression. Les causes de leurs comportements négatifs ont été évaluées comme étant plus stables et le personnel pense qu'ils ont plus de contrôle sur les causes du comportement et le comportement lui-même. Les attributions de contrôlabilité de la cause étaient significativement associées aux taux de sympathie. Le personnel a indiqué moins de sympathie (**émotions**) et d'optimisme (croire en la possibilité d'un changement de comportement) envers les patients ayant un diagnostic de BPD. Cela peut aussi s'expliquer par le fait que les participants ont évalué leurs expériences personnelles comme étant plus négatives. Selon les auteurs, ces expériences sont clairement inquiétantes et sous-tendent la nécessité d'aborder de telles expériences pour augmenter l'efficacité d'un traitement. **Pour soutenir le personnel, il peut donc être utile de se concentrer sur l'optimisme, tout en mettant l'accent sur des attentes initiales réalistes.** Dans les pistes trouvées, les auteurs parlent de : « Lutter contre les attributions de contrôle **grâce à la supervision et la formation** peuvent contribuer à modifier la sympathie du personnel envers les patients ayant reçu un diagnostic de BPD ». Ils ont ajouté : « Evaluer les attributions du personnel dans la responsabilité de résoudre les difficultés des patients peut se révéler utile ». En effet, ils soulèvent l'importance de laisser **la responsabilité chez le patient.**

Pour ce qui est de la méthodologie, l'article est bien construit. Il structure chaque partie de l'article. Il est aussi intéressant que les auteurs expliquent les attributions causales afin de mieux cerner ce concept. Le but et les hypothèses de recherche sont clairement mentionnés, ainsi que le devis de recherche. De plus, la population concerne 50 infirmières de santé mentale et l'éthique a été respectée. Cette étude nous paraît donc rigoureuse.

Recherche 12 : Bodner et al., 2011

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes towards patients with borderline personality disorder. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 52, 548-555.	
PAYS	
Israël	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Nos objectifs étaient (1) de développer des outils pour mesurer les attitudes cognitives et émotionnelles envers les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite (BPD) et leurs traitements, (2) de comparer les attitudes des psychiatres, des psychologues, des infirmières (3) et d'étudier la relation entre les composantes émotionnelles et les composantes cognitives que le personnel de santé mentale a envers des patients atteints de BPD.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par les auteurs
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Pas nommé par les auteurs (Quantitatif)
Population et contexte	Les participants étaient 57 cliniciens (35.1% d'hommes et 64.9% de femmes ; l'âge moyen de 41,40). Les cliniciens provenaient de plusieurs établissements psychiatriques situés dans le centre d'Israël. 25 infirmières psychiatriques (43,9%), 13 psychologues (22,8%), et 19 psychiatres (33,3%) ont accepté de participer. La variable d'ancienneté a été inscrite comme une co-variable dans les autres analyses statistiques. Les participants ont été inclus dans l'étude s'ils remplissaient les critères

	<p>suivants: (1) accepter de signer un consentement éclairé écrit; (2) être âgé de plus de 25 ans; (3) avoir eu une expérience minimale personnelle et professionnelle (N 1 an), (4) avoir travaillé dans des établissements publics psychiatriques, et (5) être un psychiatre, un psychologue ou une infirmière diplômés.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Deux listes d'items se rapportant à des attitudes cognitives (47 items) et émotionnelles (20 items) envers les patients borderline ont été formulées. 57 cliniciens ont évalué leur degré d'accord avec chaque élément. La liste des attitudes cognitives a donné 3 facteurs (un traitement requis, des tendances suicidaires, et des jugements antagonistes). La liste des attitudes émotionnelles a donné 3 autres facteurs (les émotions négatives, les difficultés rencontrées dans le traitement et l'empathie).</p> <p>Procédure : Les participants ont rempli les questionnaires en présence de l'assistant de la recherche. Les questionnaires ont ensuite été placés avec d'autres questionnaires pour garantir l'anonymat. La collecte des données s'est poursuivie pendant environ 10 mois.</p> <p>Instruments</p> <p>Données personnelles : Les sujets ont fourni des détails sur leurs données personnelles et professionnelles (le sexe, l'âge, l'ancienneté) et sur leur expérience avec des patients borderline (les années d'expérience avec ces patients, la familiarité avec les thérapies pour ces patients et l'intérêt porté à l'étude de thérapies pour ces patients).</p> <p>Patients borderline- l'inventaire des attitudes cognitives et des traitements</p> <p>L'inventaire a été construit sur la base d'un brainstorming préalable et de la littérature sur les patients atteints de BPD. Il se composait de 47 items concernant les perceptions cognitives à propos des patients borderline, leur traitement approprié, la perception au sujet de leurs tentatives de suicide et quelques préjugés que les cliniciens ont sur ces patients. Les participants ont évalué leur degré d'accord sur une échelle à 5 points de Likert de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Afin d'examiner la validité de l'inventaire, une analyse factorielle avec rotation Varimax a été effectuée.</p> <p>L'analyse a révélé 3 facteurs (33% de la variance expliquée). Le facteur 1 comprenait 21 éléments qui semblent représenter les caractéristiques requises pour le traitement des patients borderline. Le facteur 2 contenait 13 éléments qui se rapportent aux attitudes à l'égard des tendances suicidaires des patients atteints de BPD. Le facteur 3 comprenait 7 éléments qui semblaient exprimer des jugements antagonistes face aux patients borderline et leur comportement.</p> <p>Patients borderline- l'inventaire des attitudes émotionnelles</p> <p>Cet inventaire a été élaboré par les auteurs de la même manière. Il se composait de 20 items concernant les attitudes émotionnelles envers les patients atteints de BPD sur une échelle à 5 points de Likert. Une analyse factorielle avec rotation Varimax, faite sur l'échelle des Attitudes Emotionnelles envers les patients atteints de BPD (BPD-AE), a donné 3 facteurs. Le</p>

facteur 1 incluait 9 éléments concernant les émotions négatives envers les patients atteints de BPD. Le facteur 2 comprenait 6 éléments reliés aux difficultés rencontrées lors du traitement de ces patients. Le facteur 3 concernait 5 éléments décrivant des sentiments d'empathie envers les patients atteints de BPD.

Analyses statistiques

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS. Des analyses multivariées de la variance (MANOVAs) ont été menées pour comparer les 3 groupes de cliniciens (infirmières, psychologues et psychiatres) sur les facteurs des Attitudes Cognitives et du Traitement envers les patients borderline (BPD-ACT) (c'est-à-dire les caractéristiques des traitements requis, la perception des tendances suicidaires et les jugements antagonistes) et sur les facteurs de la BPD-AE (c'est-à-dire les émotions négatives, les difficultés expérimentées et l'empathie). Trois analyses de régression ont été menées pour évaluer l'incidence des données personnelles et l'incidence des facteurs des BPD-ACT sur les facteurs des BPD-AE. Les distributions comparatives de la familiarité avec la formation sur le BPD, les autres méthodes de thérapie et les besoins de formation des 3 groupes de cliniciens ont été examinés. Les différences entre les groupes ont été évaluées en utilisant le test du khi carré.

RÉSULTATS

Différences entre les cliniciens pour les BPD-ACT

La MANOVA a révélé des différences entre les cliniciens pour le facteur des jugements antagonistes : $p = .001$. Une analyse post hoc a montré que les psychologues avaient des scores significativement plus bas ($M = 2,71$, $SD = 0,48$) que les psychiatres ($M = 3,30$, $SD = 0,33$) et les infirmières ($M = 3,47$, $SD = 0,39$). Aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne les 2 autres facteurs. Autrement dit, les 3 groupes de cliniciens ont rapporté des attitudes cognitives similaires pour ce qui est des caractéristiques requises pour le traitement des patients atteints de BPD et des attitudes à l'égard des tendances suicidaires..

Différences entre les cliniciens pour les BPD-AE

La MANOVA a révélé des différences entre les cliniciens sur le facteur de l'empathie: $p = .003$. Une analyse post hoc a montré que les infirmières avaient des scores significativement plus bas ($M = 3,34$, $SD = 0,65$) par rapport aux psychiatres ($M = 3,71$, $SD = 0,38$) et aux psychologues ($M = 3,98$, $SD = 0,46$). Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne les 2 autres facteurs. Autrement dit, les 3 groupes de cliniciens ont rapporté des attitudes émotionnelles similaires concernant les difficultés et les émotions négatives à l'égard du traitement des patients atteints de BPD.

Analyses de régression pour les BPD-ACT

En ce qui concerne le facteur des émotions négatives, la perception à l'égard des tendances suicidaires a expliqué 24,5% de la variance. Le désir d'améliorer les compétences diagnostiques a contribué 18,4% de plus à la variance expliquée. Enfin, l'ancienneté des cliniciens a ajouté 8,2% à la variance expliquée. Les 3 variables expliquent ensemble 51,1% de la variance. Pour les difficultés perçues dans le traitement des patients borderline, seuls 2 prédicteurs se sont révélés significatifs. Dans la première étape, la perception des tendances suicidaires a expliqué 27,3% de la variance et la familiarité avec d'autres

méthodes thérapeutiques a ajouté 10,1% dans la deuxième étape. Quant à l'empathie, 2 variables ont été significatives dans 2 étapes. La première variable a été les jugements antagonistes, expliquant 23,4% de la variance et le sexe (féminin) a contribué à 15,6% supplémentaire. Ces deux variables expliquent ensemble 39% de la variance. Toutes les étapes décrites ci-dessus étaient significatives ($P < .001$), alors que d'autres prédicteurs ne sont pas entrés dans les analyses de régression parce que leur influence était faible et insignifiante.

Pour approfondir notre compréhension des besoins des cliniciens pour leur pratique avec des patients borderline, des distributions comparatives concernant les besoins des trois groupes de cliniciens (infirmières, psychologues et psychiatres) ont été effectuées (concernant la familiarité avec les méthodes de traitement pour les patients borderline et le traitement). Les différences entre les groupes ont été évaluées en utilisant le test du khi-carré. Un pourcentage élevé de participants, dans chacun des 3 groupes, a signalé **le manque d'études formelles sur la thérapie comportementale dialectique (TCD)**. La plupart des psychologues ont déclaré être familiarisés avec d'autres thérapies pour les patients atteints de BPD contrairement aux 2 autres groupes (les psychiatres et les infirmières), et cette différence était significative. **Toutes les infirmières ont déclaré qu'elles n'étaient pas familiarisées avec d'autres thérapies pour les patients borderline.**

Concernant l'intérêt d'apprendre de nouvelles thérapies pour travailler avec des patients borderline, les **3 groupes ont été intéressés par les méthodes de thérapie à court terme et par la thérapie familiale**. Cependant, la plupart des psychologues et de nombreux psychiatres ont exprimé leur intérêt pour des thérapies à long terme, comparé à un faible intérêt pour ces méthodes exprimé par les infirmières. **Les 3 groupes ont montré un grand intérêt à améliorer leurs compétences thérapeutiques**. Toutefois, peu de psychiatres ont montré de l'intérêt à améliorer les compétences diagnostiques, alors que la plupart des infirmières et des psychologues ont exprimé leur souhait d'améliorer ces compétences.

Résumé des résultats

Les psychologues ont montré des scores plus faibles que les psychiatres et les infirmières pour les jugements antagonistes, tandis que les infirmières ont révélé des scores plus faibles que les psychiatres et les psychologues pour l'empathie. Les analyses de régression effectuées sur les 3 attitudes émotionnelles séparément ont montré que ce sont principalement les tendances suicidaires des patients borderline qui expliquent les émotions négatives et les difficultés dans le traitement de ces patients. **Tous les groupes étaient intéressés à en apprendre plus sur le traitement de ces patients.**

DISCUSSION ET CONCLUSION

Discussion

Nos résultats montrent que, en comparaison avec les psychiatres et les infirmières, les psychologues avaient des jugements moins antagonistes envers les patients atteints de BPD. Par exemple, les psychologues considèrent les patients BPD comme étant moins manipulateurs et pensent qu'il est plus judicieux de les hospitaliser. Même si nous n'avons pas trouvé un rapport semblable dans la littérature, nous pensons que cette conclusion découle de la tentative des psychologues d'accepter, de faire preuve d'empathie et de compréhension, par opposition aux styles autoritaires et la mise en place de limites de la part des autres professionnels [Lancee et al., 1995].

Pourtant, les 3 groupes ont répondu de manière similaire aux 2 autres facteurs, concernant les caractéristiques des traitements et les tendances suicidaires. Il est intéressant, concernant les besoins de traitement, de voir que les 3 groupes ont perçu le traitement des patients borderline comme permettant une réadaptation et une amélioration de l'état clinique des patients. En outre, **tous les praticiens ont soutenu l'idée que le traitement des patients borderline hospitalisés devrait combiner un soutien émotionnel, le fait de les « contenir » et un traitement psychothérapeutique et pharmacologique.** Cela peut montrer que, bien que de nombreux cliniciens ont des opinions négatives à propos des patients atteints de BPD, les praticiens provenant de plusieurs disciplines reconnaissent leur complexité et comprennent la **nécessité pour les différentes disciplines d'unir leurs efforts dans le traitement de ces patients** [Oldham, 2006]. En ce qui concerne les attitudes des praticiens envers les tendances suicidaires, les 3 groupes de praticiens ont perçu la tendance suicidaire chez ces patients comme étant sérieuse et les considéraient à haut risque de suicide [Oldham, 2006].

Une autre constatation est que **les infirmières ont exprimé moins d'empathie envers les patients BPD en comparaison avec les psychiatres et les psychologues.** Ce résultat est en accord avec une étude antérieure [Fraser et Gallop, 1993] dans laquelle les réponses des infirmières envers les patients psychiatriques ont été suivies sur 20 séances de groupe. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que **les infirmières sont en première ligne avec ces patients**, en particulier dans le service psychiatrique, et **peuvent être frustrées et épuisées** en raison des conflits provoqués par ces patients. Il a été rapporté que les infirmières en psychiatrie avaient **des attitudes négatives** et avaient même **des attitudes discriminatoires envers ces patients** [Ross et Goldner, 2009]. Ils sont **considérés comme difficiles, ennuyeux, manipulateurs, comme «mauvais» et non pas «malades»** [Ross et Goldner, 2009, Woollaston et Hixenbaugh, 2008]. Cependant, bien que l'on peut percevoir les comportements «insensibles» ou avec un «manque d'émotion» chez les infirmières comme n'étant pas empathiques, ces comportements pourraient être des stratégies de distraction et de mise en place de limites. Pourtant, dans notre étude, les infirmières ont rapporté moins d'empathie, niant ainsi la possibilité que ces «comportements froids» ne soient qu'une attitude professionnelle.

Les résultats concernant les 2 autres facteurs d'attitudes émotionnelles ont indiqué des différences non significatives entre les 3 groupes de praticiens. Autrement dit, **les infirmières, les psychologues et les psychiatres ont exprimé des sentiments de frustration élevée, comme la colère, l'impatience et l'agitation**, en ce qui concerne le traitement des patients atteints de BPD. Ce résultat est en accord avec les scores élevés concernant les difficultés rencontrées dans le traitement de ces patients, exprimés par les 3 groupes [Paris, 2005, Lancee et al., 1995, Oldham, 2006].

Les tendances suicidaires expliquent à la fois les sentiments négatifs des praticiens à l'égard de ces patients et les difficultés auxquelles ils s'attendent dans leur traitement. Ces résultats sont en accord avec nos résultats antérieurs. Il est possible que la prise de conscience du risque suicidaire de ces patients exaspère les cliniciens et se traduise par des sentiments négatifs à leur égard. La motivation des praticiens à améliorer leurs compétences diagnostiques et à étudier d'autres méthodes thérapeutiques prédisait une réduction de leurs émotions négatives et des difficultés en lien avec le traitement des patients atteints de BPD. Ce résultat est en accord avec le modèle médical, qui souligne la **nécessité d'un diagnostic précis comme une condition nécessaire pour un traitement approprié.**

L'ancienneté a également été associée à des émotions négatives envers les patients borderline ; plus l'ancienneté des praticiens est grande, moins ils ont

d'émotions négatives à l'égard de ces patients. Il semble que plus d'expérience dans le domaine psychiatrique aide à voir ces patients moins négativement. Cela pourrait refléter davantage de formation et de supervision, une confiance accrue, ou une objectivité accrue [McIntyre et Schwartz, 1998].

L'analyse de régression a également démontré que moins les évaluations des praticiens étaient négatives, plus ils exprimaient d'empathie envers les patients atteints de BPD. Elle a également montré que **les femmes ont exprimé plus d'empathie envers les patients borderline par rapport aux hommes. Cette constatation est conforme aux résultats précédents qui montrent que les femmes sont plus empathiques que les hommes** [Trusty et al., 2005].

Contrairement aux psychologues et aux psychiatres, aucune infirmière n'a déclaré avoir eu une formation au cours des 2 dernières années en ce qui concerne les thérapies pour le BPD. En outre, de nombreux participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas participé à une formation formelle sur la TCD. Cependant, **les 3 groupes ont indiqué qu'ils étaient intéressés à recevoir plus de formation sur la façon de travailler avec les patients borderline** (c'est-à-dire des thérapies à court terme, à long terme, et familiale). En outre, de nombreux praticiens ont exprimé leur intérêt à améliorer leurs compétences diagnostiques. Ces résultats sont en accord avec des études précédentes [Cleary et al., 2002, Markham et Trower, 2003, James et Cowman, 2007] qui ont signalé **la nécessité pour les praticiens psychiatriques de recevoir des formations continues, pratiques et théoriques, concernant la gestion de ces clients.**

Nos résultats montrent une attitude problématique envers les patients borderline en Israël. En dépit du système spécifique en soins de santé mentale d'Israël, le statut problématique des patients borderline n'est pas spécifique à ce pays et a été rapporté dans le monde entier. Des études en Australie [Cleary et al., 2002], au Canada [Fraser et Gallop, 1993], aux États-Unis [Nehlx, 1992, Nehls, 1994], en Irlande [James et Cowman, 2007], à Taïwan [Ma et al., 2009], et en Grèce [Giannouli et al., 2009] ont rapporté des expériences insatisfaisantes et une ambiguïté envers ces patients. **Toutes ces études sont unanimes pour dire que les thérapeutes dans tous les pays souhaitent améliorer leurs compétences dans le traitement des patients borderline.**

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Les études futures devraient tester nos 2 questionnaires sur des échantillons plus importants. Néanmoins, la présente étude est la première à suggérer 2 inventaires psychométriques pour mesurer les attitudes cognitives et affectives à l'égard des patients atteints de BPD et la relation entre les deux. C'est également la première à utiliser des statistiques déductives pour comparer les attitudes des différentes professions de santé mentale envers les patients atteints d'un BPD.

Finalement, **les patients atteints de BPD sont un défi pour le système de santé mentale. Il est impérieux d'améliorer les connaissances et les compétences de tous les professionnels de santé mentale au sujet du BPD et aussi d'améliorer l'empathie (en particulier au sein du secteur infirmier) envers ces patients** [Treloar, 2009]. Modifier les attributions de contrôle peut être un moyen de modifier la sympathie du personnel envers les patients atteints de BPD et de contrer leurs expériences négatives [Markham et Trower, 2003]. Nos résultats sont cohérents avec ceux des autres [Woollaston et Hixenbaugh, 2008] qui ont trouvé que les thérapeutes veulent améliorer leurs interactions avec les patients borderline. Nous espérons que notre étude servira de première étape dans la reconnaissance des attitudes du personnel envers les patients et qu'elle encourage **plus de formations pratiques et théoriques pour leur traitement, en particulier pour les infirmières, qui travaillent en première ligne avec ces patients dans le service de santé mentale.**

ETHIQUE

L'étude a été approuvée par le conseil d'examen de l'établissement principal. Les participants ont accepté de signer un consentement éclairé écrit afin de participer à l'étude après avoir reçu une explication de la procédure. L'anonymat des données a été respecté.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES**Selon les auteurs**

La présente étude comporte plusieurs limites. Bien que la taille de notre échantillon soit similaire à la taille des échantillons utilisés dans les études antérieures [James et Cowman, 2007, Markham, 2003], il s'agit d'un échantillon non aléatoire plutôt petit et ne concerne que les hôpitaux du centre du pays. Bien que ce soit certainement une limite, Israël est un très petit pays, et plus de 50% des hôpitaux psychiatriques et bien plus de la moitié des lits psychiatriques sont situés dans le centre d'Israël ([Psychiatric Services in Israël, 2010]; Kotler, communication personnelle). En outre, on peut se demander si les données reflètent les réactions du personnel vis-à-vis d'un groupe particulier de patients vus au moment de cette enquête. Cela ne semble pas être le cas de notre étude parce que les données ont été recueillies sur une période de 10 mois, alors que la durée moyenne du séjour des patients souffrant de troubles de la personnalité en Israël est de 50,34 jours [Bodner et al., s.d.].

Remarques personnelles

Dans cette étude, les 3 groupes (psychiatres, infirmières et psychologues) ont indiqué qu'ils étaient intéressés à recevoir plus de formation sur la façon de travailler avec les patients borderline (c'est-à-dire des thérapies à court terme, à long terme et familiale, TCD). En outre, de nombreux praticiens ont exprimé leur intérêt à améliorer leurs compétences diagnostiques. De plus, les infirmières ont révélé des scores plus faibles que les psychiatres et les psychologues pour l'empathie. Les analyses de régression ont montré que ce sont principalement les tendances suicidaires de ces patients qui expliquent les émotions négatives (des sentiments de frustration élevée, comme la colère, l'impatience et l'agitation) et les difficultés dans le traitement de ces patients. Tous les praticiens ont soutenu l'idée que le traitement des patients borderline hospitalisés devrait combiner un soutien émotionnel, une attitude contenant et un traitement psychothérapeutique et pharmacologique. Un dernier résultat intéressant est que plus l'ancienneté des praticiens est grande, moins ils ont d'émotions négatives à l'égard de ces patients. Cela pourrait refléter davantage de formation et de supervision, ainsi qu'une confiance accrue.

Concernant la méthodologie, les auteurs ont fait un bon résumé, chaque partie étant explicite. Les objectifs sont mentionnés, mais ils n'ont pas mentionné leur devis de recherche, ni leurs hypothèses ou questions de départ. Nous pouvons déduire qu'il s'agit d'un devis quantitatif étant donné les tests effectués et l'utilisation du programme SPSS. Un autre élément est que l'éthique a été respectée. Dans leur article, ils ont aussi inséré des tableaux qui permettent de mieux visualiser les résultats et les calculs effectués. 43,9% de la population sont des infirmières diplômées. L'échantillon concerne donc majoritairement la population que nous ciblons. Globalement, la méthodologie est bonne ; la seule critique que nous émettons est que le devis n'a pas été cité. De plus, nous avons apprécié que l'étude soit récente (2011).

Recherche 13 : Ma et al., 2009

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter, M. (2009). « Caring Across Thorns »- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. <i>Journal of clinical Nursing</i> , 18, 440-450.	
PAYS	
Taiwan	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Les buts de ce projet sont d'identifier les perceptions de satisfaction ou d'insatisfaction des ISM (=infirmières en Santé Mentale, en anglais : MHNs) par rapport aux résultats des soins prodigués aux patients atteints de BPD, de Taiwan, d'identifier les facteurs contribuant qui y sont associés et le processus de leurs expériences de soins. Accomplir ces objectifs devrait améliorer non seulement la qualité des soins pour les patients souffrant de BPD, mais aussi la confiance et les compétences des ISM dans la prise en charge de cette population difficile.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par les auteurs
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Recherche qualitative descriptive et exploratoire

<p>Population et contexte</p>	<p>Population : Des infirmières en santé mentale ont été recrutées dans un centre psychiatrique du Nord de Taiwan. 15 infirmières ont été recrutées, dans une unité de soins aigus ou de réhabilitation d'un centre de santé psychiatrique dans le nord de Taiwan. Elles ont été recrutées parce qu'elles avaient au moins trois ans d'expérience dans les soins en santé mentale et avaient travaillé comme infirmières avec des patients atteints de BPD au cours des 12 derniers mois.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Méthodologie : Compte tenu de la nécessité d'explorer en profondeur les expériences des infirmières, un modèle qualitatif descriptif et exploratoire a été utilisé pour recueillir et analyser les données présentes dans les descriptions narratives des expériences vécues par les participants.</p> <p>Récolte des données : Un guide d'interview semi-structuré a été utilisé pour mener des interviews en profondeur avec les participants, selon le modèle de Fontana et Frey (2000). Les interviews enregistrées en tête à tête ont duré 40-50 minutes et ont été retranscrites pour l'analyse des données et le suivi de l'interview. Les 15 infirmières de cette étude étaient toutes des femmes, avec un âge moyen de 31,53 ans (de 23 et 48 ans). 9 sur 15 avaient traité 3-4 patients souffrant de BPD.</p> <p>L'analyse des données a été guidée par le travail de Guba et Lincoln (1994), Shih (1997), Shih et al. (2001, 2002a, b, c, 2003, 2006, 2007) et Yang et al. (2004). Cette approche suggère une approche pas à pas de l'analyse de données qualitatives, débouchant sur une description détaillée et globale des récits des participants. La procédure d'analyse des données de cette étude correspond à 12 étapes. Par exemple, les 4 premières étapes de l'analyse des données ont conduit à l'étape 5, dans laquelle les 5 thèmes constituant les schémas de soins des participants ont été codés. Les stratégies des points 6-9 ont été utilisées pour identifier et relier le processus de soins en deux étapes pour les patients souffrant de BPD et les facteurs contribuant. Finalement, les stratégies des points 10 et 12 ont été employées pour discuter et confirmer les résultats.</p> <p>Rigueur : La fiabilité et la rigueur des résultats ont été assurés par plusieurs stratégies (Sandelkoski 1986, Shih et al. 2001, 2002, a, b, c, 2003, 2006, 2007, Yang et al. 2004). La crédibilité a été améliorée en arrangeant un endroit familier pour les interviews, en améliorant la confiance entre l'interviewer et les participants, en confirmant l'exactitude des informations et en analysant des cas négatifs. La crédibilité a été augmentée par des débriefings entre pairs et par la rédaction d'un journal. Des participants qualifiés ont été choisis. La corroboration a été traitée en codant de manière croisée grâce à un expert en codification et en comparant avec le journal du chercheur. Finalement, la cohérence a été assurée en ré-analysant les données deux semaines après la première analyse.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Résultats : Suite à l'évaluation des participants à propos de leurs expériences de soins avec les patients souffrant de BPD, les auteurs ont relevé 5 thèmes : 1. Changement de la phase lune de miel à la phase du chaos : Tous les participants ont rapporté que leurs relations avec les patients durant la phase initiale du traitement étaient comme une phase lune de miel. Dans cette phase, les relations entre les patients et les infirmières étaient paisibles ; ils</p>	

essayaient de faire connaissance et d'établir une bonne image des autres. Cependant, **cette phase ne durait souvent qu'une courte période**. Par exemple : *J'ai d'abord pensé qu'il était un « bon patient ». Il aidait même spontanément d'autres patients dans l'unité. Nous avions une bonne relation au début, mais trois jours plus tard, il a commencé à manifester des comportements difficiles de passage à l'acte.*

Les infirmières décrivent la période lune de miel comme étant suivie par une phase de chaos, où les patients commencent à montrer des comportements perturbateurs divers, comme tester les règles de l'unité ou les instructions des infirmières, manipuler d'autres patients, faire des tentatives de suicide ou insulter les infirmières. En réponse à ces comportements perturbateurs, les infirmières ont ressenti de la colère ou des sentiments de plus en plus négatifs. Elles ont admis avoir eu la tentation d'abandonner les attentes positives des résultats de soins durant cette phase.

2. Les attentes des infirmières de résultats positifs versus de résultats négatifs : Six infirmières ont rapporté que **leurs convictions positives à propos des résultats cliniques de leurs patients leur avaient permis d'être prêtes à affronter des défis et d'interagir plus positivement**, notamment en encourageant les patients et en étant tolérant avec eux. Par exemple, un participant a dit *« Bien que la plupart de leurs comportements soient difficiles, j'avais la conviction qu'ils pourraient aller mieux plus tard. J'étais encore prête à les soigner et à espérer que mes expériences et mes compétences pourraient aussi en profiter. »*. Neuf infirmières ont eu des attentes plus négatives vis-à-vis des résultats de soins, sur la base de leurs expériences de soins précédentes. Cinq infirmières pensaient même qu'aider un patient souffrant de BPD était un gaspillage de ressources médicales. Par exemple : *« Pour moi, ce n'était pas nécessaire de passer autant de temps avec eux car ils ne changeraient pas et nous avons tant d'autres choses à faire. Mon seul souhait était de ne pas devenir une cible de leurs attaques quand j'étais en service »*.

3. Pratique de routine versus soins infirmiers individualisés : Six infirmières avec des attentes plus directement négatives, pour leurs patients souffrant de BPD, ont décidé de mettre en œuvre des soins infirmiers de routine et de se concentrer seulement sur les besoins fondamentaux des patients. *« ... Je ne voulais pas comprendre ce qu'ils pensaient. Nos efforts ne les aidaient pas du tout à changer leur personnalité ou leur maladie. La seule chose que je pouvais faire était de gérer leurs comportements excessifs avec des soins routiniers »*. Neuf infirmières ont rapporté qu'elles attendaient des résultats positifs pour leurs patients ; elles étaient convaincues que certains de leurs comportements pouvaient être modifiés. En plus des soins routiniers, elles avaient tendance à utiliser des soins infirmiers individualisés sur la base des caractéristiques particulières de leurs patients.

4. Soutien approprié ou inapproprié des membres de l'équipe de soins : Pour six infirmières participantes, les résultats de soins positifs pour des patients souffrant de BPD dépendaient du **soutien des membres de l'équipe soignante**. Ce soutien comprenait **des discussions sur les patients souffrant de BPD et une collaboration sur les plans de soins et un soutien émotionnel réciproque**. Les infirmières expérimentées avec des expériences antérieures de résultats de soins positifs ont été des aides actives. Elles ont favorisé un environnement de travail et une culture de travail positifs.

Les membres de l'équipe ont appris des stratégies de soins infirmiers plus flexibles et avaient des attentes plus élevées vis-à-vis de la qualité des soins. Les difficultés éprouvées par les infirmières étaient gérées plus efficacement et **elles ressentaient moins de stress physique et émotionnel**. Une infirmière qui a reçu du soutien de ses collègues a dit *« Parler avec des infirmières expérimentées m'a aidé à apprendre comment soigner ces patients ... De leurs histoires, j'ai mieux compris comment penser aux besoins des patients et les considérer »*. Une autre infirmière a expliqué : *« ... Un collègue plus expérimenté m'a encouragée à exprimer nos sentiments négatifs dans les soins aux patients, de sorte que nous [les membres de l'équipe] puissions accepter et nous*

comprendre les uns les autres ... ».

Neuf infirmières ont décrit un manque de soutien de la part de leurs collègues et ont déclaré qu'elles avaient des difficultés pour changer les opinions négatives, stéréotypées des autres membres de l'équipe ; ou même, parfois elles ne demandaient pas de soutien. Ces infirmières ont rapporté que d'autres collègues faisaient moins attention à leurs besoins. Par exemple, une infirmière a dit : « *J'essayais de convaincre mes collègues au sujet des besoins de mes patients lors de réunions d'équipes, mais ils ignoraient mes préoccupations et je sentais qu'ils ne faisaient pas confiance en mon jugement* ».

5. Différences dans les résultats des soins

Expériences satisfaisantes : Six infirmières ont rapporté des expériences de soins satisfaisantes, mais dans deux circonstances différentes. Dans le premier cas, trois infirmières avaient des attentes de soins négatives pour les patients, mais **elles recevaient un soutien d'autres collègues** qui avaient eu des expériences de soins positives (**aides actives**). Les infirmières dans cette situation ont pratiqué des stratégies de soins plus individualisées et ont peu à peu accumulé leurs propres expériences de soins positives. Dans la seconde situation, six infirmières ont rapporté avoir eu des attentes plus positives. Elles ont essayé de pratiquer des soins plus individualisés pour leurs patients, même pendant une phase de chaos. De plus, trois infirmières ont pris l'initiative de soutenir et de rechercher l'aide des autres, même lorsque l'état de santé des patients n'avait pas connu d'amélioration notable. Un exemple d'expérience de soins satisfaisants : « *C'était une relation complète dans le sens où j'ai établi une relation avec elle du début à la fin. Après sa sortie de l'hôpital, elle m'appelait parfois à l'hôpital... C'était bien pour elle de faire sortir ses sentiments de mal-être en utilisant un comportement approprié et elle aimait avoir quelqu'un sur qui elle pouvait compter. C'est encore la meilleure expérience de ma carrière d'infirmière* ».

Expériences insatisfaisantes : Au contraire, trois infirmières ont proposé des stratégies de soins infirmiers individualisés sans le soutien actif des membres de l'équipe. Elles ont décrit des expériences de soins insatisfaisantes. Les patients se mutilaient à l'hôpital ou avaient des comportements manifestement inappropriés, si bien qu'ils devaient finalement quitter l'unité. Les infirmières qui soignaient ces patients ressentaient du regret, parfois même de la culpabilité. Elles se sont ensuite senties traumatisées par leur expérience.

L'une d'entre elles a déclaré : *Dans les réunions d'équipe, j'ai vraiment essayé d'exprimer mes craintes à propos du patient. J'avais le sentiment qu'elle allait faire quelque chose et cela m'attristait de penser que d'autres membres ne faisaient pas attention à ce que je disais. J'ai dépensé beaucoup d'énergie pour la soigner seule et je me sentais isolée. Finalement, elle s'est suicidée et je me suis sentie si fatiguée et pleine de regret ... Quand j'y pense, cette expérience a été traumatisante pour moi* ».

Relations superficielles avec les patients : Six infirmières ont rapporté avoir consacré peu d'attention aux patients souffrant de BPD pendant le processus de soins et avoir finalement entretenu des relations superficielles. Elles proposaient **trois causes principales: des expériences négatives** lors de prises en charges d'autres patients souffrant de BPD, **des soins routiniers et le manque de soutien de la part des collègues**.

Un processus de soins en deux phases : Afin de mieux décrire les relations entre les cinq thèmes, un cadre conceptuel a été développé pour présenter un « processus de soins en deux étapes ». Dans ce processus, les décisions liées aux soins sont influencées par deux facteurs : la propre expérience des ISM et leur environnement de travail. **Dans la première phase, les attentes des ISM concernant les résultats de soins, qui dépendent principalement de leurs**

expériences de soins précédentes avec des patients souffrant de BPD, influencent leurs décisions de soins. Cette phase comporte deux thèmes : passer de la phase lune de miel à la phase du chaos et les attentes des infirmières de résultats positifs versus négatifs.

Dans la seconde phase du processus de soins, la pratique de stratégies de soins de routine ou individualisés, avec ou sans le soutien approprié des autres membres de l'équipe, entraîne des résultats satisfaisants ou insatisfaisants. Cette étape comprend trois thèmes : la pratique de soins infirmiers de routine versus individualisés, un soutien approprié ou inapproprié de la part des membres de l'équipe de soins et les différences dans les résultats de soins (expériences satisfaisantes, expériences insatisfaisantes, et relations superficielles).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude révèle **que les attitudes encourageantes des ISM à l'égard de leurs patients souffrant de BPD, leurs efforts constants pour améliorer la santé de leurs patients et le soutien actif l'équipe a influencé positivement l'issue des soins** pour cette population particulièrement difficile. Pour illustrer comment différents types de soins infirmiers peuvent conduire à différents résultats pour des patients souffrant de BPD, un processus de soins en deux étapes a été développé. Ce projet suggère que les ISM doivent être conscientes que le résultat des soins pour des patients souffrant de BPD suit un processus de soins en deux étapes, dans lequel les décisions des infirmières à propos des soins fournis sont **influencées par leurs attentes personnelles concernant le résultat des soins, par les expériences avec les patients souffrant de BPD et par la collaboration avec l'équipe**. Dans la première phase, les expériences de soins des infirmières et leurs attentes concernant les résultats de soins influencent leur prise de décision. Le type de soins fournis, individualisés ou de routine et le soutien opportun des membres de l'équipe influencent aussi les résultats thérapeutiques et les expériences de soins des infirmières. En outre, des assistants actifs dans l'équipe joueraient des rôles importants lorsqu'il s'agit d'influencer les expériences de soins des infirmières.

Les participants à cette étude ont fait état d'attentes à la fois positives et négatives et de résultats de soins à la fois positifs et négatifs. Certains participants ont décrit des difficultés dans les relations avec les patients souffrant de BPD et ont vécu des résultats de soins insatisfaisants. Ces résultats sont semblables à ceux rapportés pour des populations occidentales de patients souffrant de BPD (Nehls 1994, Ward 2004, Blank and Rossen 2005, Livesley 2005). La présente étude démontre que les attitudes négatives affectent les conceptions des infirmières concernant les patients souffrant de BPD à Taiwan et les résultats de soins pour ces patients. Au contraire, certains participants avaient des attentes de soins positives et l'état de santé de leurs patients s'améliorait avec le temps, comme cela avait été rapporté précédemment (Paris 2004). **Ces résultats correspondent à la théorie selon laquelle les attitudes des infirmières influencent les résultats des traitements des patients** (Hayter 1996, Gunderson et al. 2003, Paris 2005a).

En plus des attentes positives, **une approche d'équipe optimiste constitue, selon les études, un facteur clé dans l'efficacité des soins pour les patients souffrant de BPD (Alper et Peterson 2001)**. Plus de soutien de la part des membres de l'équipe ont été mis en lien avec moins d'épuisement émotionnel pour les ISM dans des institutions de santé mentale de soins aigus (Jenkins et Elliot 2004). Cet effet était particulièrement vrai lorsqu'une équipe maintenait **une attitude de soutien régulière** dans la gestion des problèmes causés par les comportements perturbateurs des patients (Greene et Ugarriza 1995, Sabo 1997, Huffman et al. 2003). Ces résultats suggèrent que les infirmières en santé mentale ont peut-être **moins de stress si elles partagent leurs sentiments avec d'autres** et si elles demandent de l'aide quand cela est nécessaire. Ces résultats illustrent **aussi l'importance d'une supervision clinique**

efficace, au sein **d'un climat de travail de soutien, qui permet aux praticiens d'exprimer leurs sentiments et attitudes** qui peuvent affecter les soins. Avoir des résultats de soins gratifiants pour des patients souffrant de BPD contribue non seulement à augmenter l'idée que les infirmières se font à propos de leur compétence professionnelle, mais aussi leur sens de la réussite dans la gestion de tâches de soins difficiles. Il a été démontré que **d'avoir une alliance thérapeutique avec les patients est l'aspect le plus important d'une vie professionnelle satisfaisante lors de soins fournis à des patients** souffrant de BPD (Gross et al. 2002, Ward 2004, Clarkin et Posner 2005, Paris 2005a). Dans cette étude, certains participants ont aussi reconnu que leurs relations de soins satisfaisantes contribuaient à un important sentiment d'accomplissement professionnel. Néanmoins, certains participants ont maintenu des relations superficielles avec leurs patients souffrant de BPD. Cette attitude illustre le fait que les soignants « s'impliquent moins » et « gardent leurs distances » pour éviter des échecs thérapeutiques et pour éviter d'être pris au piège par des changements d'humeur des patients souffrant de BPD (Galloway et Brodsky 2003).

Conclusion

Cette étude est la première qui révèle les perceptions ressenties par les ISM concernant les facteurs contribuant à des résultats de soins différents pour des patients souffrant de BPD à Taiwan. Les résultats suggèrent que la volonté des infirmières de prendre soin de cette population difficile augmente les résultats positifs et vice versa. **« Un processus de soins en deux phases » est proposé comme cadre pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre les différents résultats de soins pour les patients souffrant de BPD** à Taiwan. Les résultats indiquent qu'une issue de soins réussie pourrait refléter des attitudes positives des infirmières en santé mentale et leurs efforts constants pour améliorer la santé des patients souffrant de BPD. Ces efforts comprennent un suivi adéquat et constant par un réseau de soutien parmi les professionnels de santé de première ligne tout au long du processus de soins.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Nos résultats remettent en cause le stéréotype selon lequel les ISM se sentent souvent frustrées par les caractéristiques difficiles des BPD. Les ISM sont invitées à persister à améliorer la santé des patients, en **développant des soins individualisés. Le processus de soins complexe en deux phases** et les résultats qui découlent de ce projet pourraient permettre **aux ISM d'adopter une attitude positive à l'égard de leurs patients souffrant de BPD**. Ainsi, les patients souffrant de BPD pourraient se sentir moins stressés et plus ouverts à travailler avec les autres. Les ISM sont aussi encouragées à **établir des relations de soutien avec des membres de leur équipe** pour mieux comprendre les besoins de leurs patients et développer des soins individualisés en plus des stratégies de soins de routine. En s'engageant dans ces pratiques, **les infirmières auront davantage de résultats de soins positifs et leur confiance et compétence pour prendre en charge cette population** particulière sera augmentée.

ETHIQUE

Après approbation de l'étude par le comité d'éthique, le premier auteur a invité les participants à prendre part à la recherche. Les buts et les procédures du projet ainsi que les questions traitées ont été expliqués avant d'obtenir un consentement écrit. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient cesser leur interview à tout instant. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Les limites de l'étude (selon les auteurs)

Tous les **participants étaient des femmes et provenaient d'une seule institution**. Leurs attentes pour les résultats de soins, les besoins de soins, les résultats satisfaisants ou insatisfaisants et les relations qui en découlent peuvent ne pas être les mêmes que celles des hommes soignants ou que celles de soignants dans d'autres institutions. Bien que les résultats semblent correspondre à ceux d'autres études, **l'échantillon de l'étude était petit**. En outre, l'étude n'a pas examiné les relations entre la durée de la pratique professionnelle des infirmières, leur expérience dans la prise en charge de patients souffrant de BPD et leurs attitudes, leurs attentes et leurs schémas de pratique. Bien que d'importants efforts aient été déployés pour examiner et étayer la fiabilité et la rigueur des résultats, les données peuvent être sujettes à l'interprétation. Finalement, le processus de soins en deux phases énoncé dans ce projet doit être mis à l'épreuve.

Remarques personnelles

Cette étude révèle que les **attitudes encourageantes** des infirmières en santé mentale à l'égard de leurs patients souffrant de BPD, leurs efforts constants pour améliorer la santé de leurs patients et le **soutien actif des membres de l'équipe** a influencé positivement l'issue des soins pour cette population particulièrement difficile. « **Un processus de soins en deux phases** » est proposé comme cadre pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre les différents résultats de soins pour les patients borderline. Dans la première phase, les **attentes des infirmières** concernant les résultats de soins, qui dépendent de leurs **expériences**, influencent leurs décisions de soins. Dans la seconde phase, des **soins de routine ou individualisés** (en plus des stratégies de routine), basés sur les besoins des patients, avec ou sans le soutien adéquat de l'équipe, entraîne des résultats satisfaisants ou insatisfaisants. Ces résultats suggèrent que, les infirmières en santé ont moins de stress si elles partagent leurs sentiments avec d'autres et si elles demandent de l'aide quand cela est nécessaire. Cela illustre l'importance d'une supervision clinique efficace, au sein d'un **climat de travail de soutien**, qui permet aux praticiens d'exprimer leurs sentiments et attitudes qui peuvent affecter les soins.

Il s'agit d'une étude récente (2009). Le résumé est très bien présenté au niveau de la forme et du contenu. Au niveau de la méthodologie, nous avons apprécié la rigueur et l'usage de plusieurs stratégies pour parvenir aux résultats. La procédure d'analyses des données est particulièrement rigoureuse et très bien détaillée dans l'étude. De même, la démarche de récolte des données est détaillée avec précision. L'éthique est respectée. Les points abordés dans les perspectives nous semblent pertinents et transférables à d'autres lieux, pas seulement à Taiwan.

Recherche 14 : Krawitz & Jackson, 2007

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Krawitz, R. & Jackson, W. (2007). Consumer-clinician co-taught borderline personality disorder training: A pilot evaluation. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 16, 360-364.	
PAYS	
Nouvelle-Zélande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Ce document décrit une étude pilote qui évalue un programme de formation sur le BPD, enseigné conjointement par des patients et des cliniciens ; ce programme était destiné à des cliniciens.
Question de recherche/Hypothèses	Est-ce que les participants à la formation ont trouvé la participation des patients-formateurs dans le programme utile et, le cas échéant, dans quelle mesure a-t-elle ajouté de la valeur à la formation précédente présentée uniquement par des cliniciens ?
Recension des écrits	<p>Le terme «patient-présentateur» dans le présent document fait référence au formateur dont le rôle a été comme étant une personne avec un passé dont les critères répondent au diagnostic du BPD et pour lequel elle a reçu un traitement de santé mentale. Le terme «clinicien-présentateur » s'applique au formateur qui était un psychiatre spécialisé dans les services cliniques dans le domaine du trouble de la personnalité borderline.</p> <p>Une recherche de littérature MEDLINE, CINAHL et PsycINFO a été effectuée pour les articles publiés en anglais entre 1985 et 2005 générant quelques études sur l'efficacité des patients dans la formation en santé mentale, mais aucune sur l'efficacité de la participation des patients dans la formation sur le BPD. L'idée que les patients puissent effectivement avoir un impact sur les services de santé mentale gagne du terrain (Simpson & Maison 2002; Solomon & Draine 2001).Le rôle des patients dans l'éducation en santé mentale fait maintenant partie de la politique du gouvernement du Royaume-Uni, d'Australie, et de Nouvelle-Zélande (Happell & Roper 2003; Simpson & House 2003), y compris en Nouvelle-Zélande (Standards New Zealand,</p>

	1997). La formation enseignée conjointement, relatée dans le présent document, a été développée à partir d'un programme de formation enseigné par des cliniciens seuls, en Australie et en Nouvelle-Zélande (Krawitz 2001; 2004). La formation a évolué pour inclure des patients dans un rôle qui pourrait être décrit comme «conférencier invité». Comme conférencier invité, le patient a donné ses perspectives personnelles et des perspectives d'autres patients. En réponse à des commentaires extrêmement positifs sur la valeur de ces contributions, l'atelier de formation en Nouvelle-Zélande a évolué et est maintenant conjointement présenté par un patient et un clinicien dans la mesure du possible.
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Une enquête pilote (quantitatif)
Population et contexte	La formation consistait en deux jours d'ateliers pour les cliniciens . Le plus grand groupe était constitué d'infirmières travaillant dans des soins publics de santé mentale et dans le domaine des dépendances dans des services d'un hôpital communautaire, dans des services de crise et de réhabilitation. 12 ateliers de formation ont eu lieu dans six villes de Nouvelle-Zélande pour 269 cliniciens qui travaillent dans des soins de santé mentale publique et dans le domaine des dépendances. 73 participants à la formation ayant pris part aux trois derniers ateliers de formation ont évalué la formation.
Collecte des données (outils) et analyse	Au contenu de l'atelier figuraient le diagnostic, l'étiologie, le pronostic, la structure du traitement (traitement fondé sur la collectivité avec un service de crise et de soutien lors de brèves hospitalisations), les plans de traitement, l'analyse de la chaîne comportementale, la formation professionnelle, la pharmacologie, l'équilibre entre la responsabilité du patient et celle du clinicien, les tendances suicidaires aiguës ou chroniques, les risques et les gains à court ou à long terme, les émotions des cliniciens, la supervision et les soins propres. On a donné à chaque participant un livre de 150 pages (Krawitz & Watson, 2000) (révisé dans Krawitz & Watson, 2003) co-écrit par l'un des auteurs (RK) de cet article. Instruments : Le formulaire d'évaluation demande aux participants d'évaluer la formation et la pertinence de la formation pour leur travail sur une échelle de Likert (1 = mauvais, 10 =excellent). En outre, on a demandé également aux participants à la dernière formation, immédiatement après l'atelier, d'évaluer spécifiquement la contribution du présentateur-patient (échelle de Likert; 1 = valeur de l'atelier diminuée de façon significative, 10 = valeur de l'atelier augmentée de façon significative). On leur a aussi demandé d'évaluer si le présentateur-patient devrait continuer à être un co-présentateur lors des ateliers de formation futurs. Dans cette dernière formation, on a également demandé aux participants avant et immédiatement après la

	<p>formation, d'évaluer les concepts relatifs aux formations sur le BPD, présentés par des cliniciens seuls, par des patients seuls et par des patients-cliniciens, sur une échelle de Likert (1 = fortement en désaccord à 10 = fortement d'accord).</p> <p>L'analyse des données : Les données de chacune des trois formations ont été collectées séparément. L'analyse des données conduit à une moyenne de notes des participants pour chacune des trois formations. La moyenne des trois formations enseignées conjointement et la moyenne des 22 dernières formations présentées uniquement par des cliniciens ont ensuite été répertoriées et utilisées, pour déterminer la valeur des formations enseignées conjointement et la valeur des formations présentées par des cliniciens seuls. Les évaluations des changements chez les participants avant et après la formation, au sujet de la valeur des formations présentées par le patient seul, par le clinicien seul, et par des patients-cliniciens ont été enregistrées en utilisant des moyennes (échelle de Likert: 1 = fortement en désaccord à 10 = fortement d'accord).</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>La formation a été évaluée positivement par les 73 participants (moyenne : 9.20) et considérée comme très pertinente pour leur travail (moyenne : 8.87). 100% des participants (n : 73) ont déclaré qu'ils recommanderaient la formation à leurs collègues. La moyenne des évaluations des formations enseignées conjointement était de 44% plus élevée que celle des formations enseignées uniquement par les cliniciens (93% contre 49%). Dans les trois derniers ateliers, on a demandé à 73 participants évaluant la formation immédiatement après l'atelier : «Qu'avez-vous le plus apprécié dans l'atelier ? » Le présentateur-patient a été désigné trois fois plus souvent que le présentateur-clinicien (n : 19 contre n : 6 ; 37% contre 12%). 22% (n : 11) des participants ont mentionné spécifiquement la combinaison d'un présentateur patient et clinicien.</p> <p>Les participants au dernier atelier de formation ont aussi été invités à évaluer spécifiquement la contribution du patient-présentateur. Ils ont évalué de façon positive la contribution du présentateur-patient (moyenne : 9.48) avec 100% (n : 23) d'entre eux déclarant que le présentateur-patient devrait continuer à être un co-présentateur dans de futurs ateliers de formation. Avant l'atelier de formation, les participants évaluaient le concept de formation présentée seulement par un clinicien plus positivement qu'une formation enseignée uniquement par un patient ou qu'une formation présentée conjointement (9.38 contre 8.71 et 8.87). Après l'atelier, les participants ont évalué le concept de formation présentée conjointement plus positivement qu'une formation présentée par un clinicien uniquement ou par un patient uniquement (9.52 contre 8.76 et 9.10).</p>	
<p>DISCUSSION ET CONCLUSION</p>	
<p>Les deux auteurs ont, au cours des 7 dernières années, offert des soins à des patients souffrant de BPD. Les principales convictions partagées par les auteurs dans une pratique clinique profondément collaborative et centrée sur le client, ont été essentielles pour la viabilité et le succès du partenariat entre le patient et le clinicien. Ces convictions partagées ont influencé la formation dans tous les aspects cliniques du traitement, y compris les prescriptions centrées sur le client et l'hospitalisation aiguë contrôlée par le client.</p> <p>Selon notre expérience et nos convictions, lorsque les défis pour offrir une formation à la fois dans une perspective de clinicien et de patient peuvent être</p>	

relevés avec succès, les profits et les bénéfices excèdent de loin ceux d'une formation offerte dans une seule perspective. **Les bénéfices permettent aux personnes en formation de mieux connaître la perspective du patient, la sensibilité aux services destinés aux patients, la compréhension des personnes souffrant de BPD, le caractère humain des personnes souffrant de BPD, la modélisation de collaboration, l'inspiration, des suggestions cliniques pratiques, la diminution des stéréotypes négatifs et l'impact positif sur les attitudes par rapport au traitement de personnes souffrant de BPD (y compris la motivation et l'espoir de guérison du client).**

De nombreuses recherches démontrent les attitudes négatives et le pessimisme clinique des cliniciens travaillant avec des personnes souffrant de BPD (Fraser and Gallop 1993 ; Gallop et al. 1989 ; Lewis and Appleby 1988 ; Miller and Davenport 1996 ; Nehls 1998). Elles ont probablement un impact négatif considérable sur la guérison et le bien-être du clinicien. **Une manière d'aider les cliniciens à se sentir plus optimistes de manière réaliste et capables de traiter des personnes souffrant de BPD consiste à avoir un présentateur-patient dans le rôle de formateur.** Demander à des personnes d'exposer leur guérison de façon explicite par leur histoire personnelle et de façon implicite par leurs compétences en tant que formateur et par leur caractère sympathique pendant deux jours de formation inspire probablement un **sentiment d'espoir** et s'oppose aux stéréotypes de pronostic défavorable. Cela contribue à un meilleur alignement des points de vue des cliniciens avec la recherche récente **démontrant que le pronostic pour les personnes souffrant de BPD est bien meilleur qu'on le pensait précédemment** (Skodol et al. 2005 ; Zanari et al. 2005). Dans l'étude récente de Zanari et al. (2005 ; 2006), 68.8 % des personnes ne répondaient plus aux critères du diagnostic de BPD après un suivi de 6 ans.

A ce jour, nous avons connaissance de trois études évaluant l'efficacité des formations traitant du BPD sur les attitudes des participants (Hazelton et al. 2006 ; Krawitz 2004 ; Miller and Davenport 1996). La formation enseignée seulement par un clinicien (Krawitz 2004) a entraîné des améliorations considérables dans les perceptions des participants à la formation par rapport à leurs connaissances théoriques, leurs compétences cliniques ainsi que les sentiments et les attitudes positives concernant la prise en charge de personnes souffrant de BPD, qui étaient toujours présentes lors d'un suivi six mois plus tard. Il est **plausible d'émettre l'hypothèse que des cliniciens qui se sentent sûrs de leurs connaissances, de leurs compétences et qui sont positifs en regard des traitements des personnes souffrant de BPD auront des résultats améliorés pour leurs patients.** En utilisant des moyennes, les résultats des formations enseignées conjointement rapportés dans cette étude sont supérieurs à ceux de la formation présentée par le clinicien seulement rapportée par Krawitz (2004). L'explication la plus plausible est que l'adjonction du présentateur-patient a augmenté les évaluations des participants de 44%, de 49% à 93%.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Conclusions : Cette étude a mis en évidence que l'apport du patient lui ajoutait une valeur substantielle. Les résultats indiquent que l'apport du patient dans les programmes d'éducation peut constituer une contribution positive considérable dans les formations destinées aux services de santé mentale, avec de probables effets dans les prises en charge. Les résultats de cette étude pilote renforcent les impressions cliniques concernant la valeur des partenariats patient-clinicien dans l'offre de formations sur le BPD. La confirmation de ces résultats aurait des implications pour les futures formations sur le BPD.

ETHIQUE
Les participants ont été invités à remplir un formulaire d'évaluation de façon anonyme . Le but de l'évaluation a été expliqué aux participants : évaluer l'impact que la formation enseignée conjointement avait sur leur point de vue avant la formation.
CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES
<p><u>Selon l'auteur</u></p> <p>Il pourrait y avoir une variable parasite : les trois formations enseignées conjointement ont eu lieu dans des services publics de santé mentale en Nouvelle-Zélande, qui pourraient avoir des caractéristiques différentes des formations présentées par un clinicien seulement qui ont eu lieu dans des services publics de santé mentale en Australie (Krawitz, 2004). Cependant, les évaluations d'autres formations présentées par des cliniciens seulement en Nouvelle-Zélande étaient semblables aux évaluations en Australie. Une autre variable parasite pourrait être le fait que les trois formations enseignées conjointement ont été offertes dans trois villes de province qui pourraient présenter des caractéristiques différentes des grandes villes. Cependant, ce n'était pas le cas en Australie, où les évaluations des formations présentées par un clinicien seulement en province et dans les métropoles étaient identiques.</p> <p><u>Remarques personnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → La formation a été évaluée positivement par les 73 participants et considérée comme très pertinente pour leur travail. → 100% des participants ont déclaré qu'ils recommanderaient la formation à leurs collègues. → 100% déclarent que le présentateur-patient devrait continuer à être un co-présentateur dans de futurs ateliers de formation. → Après l'atelier, les participants ont évalué le concept de formation présentée conjointement plus positivement qu'une formation présentée par un clinicien uniquement ou par un patient uniquement. → Avoir un présentateur-patient dans le rôle du formateur est une manière d'aider les cliniciens à se sentir plus optimiste de manière réaliste et inspire probablement un sentiment d'espoir et s'oppose aux stéréotypes de pronostic défavorable. → Les bénéfices d'une telle formation sont de : permettre aux personnes de mieux connaître les perspectives du patient, la compréhension des personnes souffrant de BPD, leur caractère humain, des suggestions cliniques pratiques, une diminution des stéréotypes négatifs. <p>L'hypothèse peut être émise que des cliniciens qui se sentent sûrs de leurs connaissances, de leurs compétences et qui sont positifs à propos des traitements des personnes souffrant de BPD auront des résultats améliorés pour leurs patients. Comme l'ont relevé les auteurs, cette évaluation pilote est la première publication qui examine l'efficacité de la participation des patients dans les formations sur le BPD. Cet aspect nous paraît intéressant et complète ce que nous avons lu dans d'autres recherches, à savoir le besoin de formations en soins infirmiers de santé mentale ; y inclure des formateurs ayant eux-mêmes expérimenté l'expérience de la maladie semble en effet ajouter un plus à ces formations.</p> <p>L'état de lieux est très bien développé, la structure de l'étude permet de comprendre la démarche et l'éthique est respectée. Les auteurs semblent avoir respecté une bonne rigueur méthodologique.</p>

Recherche 15 : Purves & Sands, 2009

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Purves, D. & Sands, N. (2009). Crisis and Triage Clinicians 'Attitudes Toward Working With People With Personality Disorder. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 45 (3), 208-215.	
PAYS	
Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Cette étude vise à étudier les attitudes des cliniciens, de triage psychiatrique et de crise, envers les personnes diagnostiquées d'un BPD, en Australie. Le but de cette étude était de connaître les attitudes des cliniciens travaillant avec des patients ayant un diagnostic de BPD. Un objectif principal de cette étude était de produire des résultats qui pourraient être utilisés pour développer des services futurs en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé mentale de crise et de triage ; ceci par le biais du développement de certaines initiatives de formation pour cibler des questions pratiques (les attitudes) et pour faciliter davantage de discussion sur les conséquences de l'attitude des cliniciens.
Question de recherche/Hypothèses	Pas citées par les auteurs
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Etude exploratoire descriptive (quantitative)
Population et contexte	La population totale des cliniciens de crise et de triage dans le réseau MHN (Mental Health Nurses) a été estimée à 110 cliniciens, y compris des médecins (médecins, médecins psychiatres et médecins consultants), des infirmières, des

	<p>psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes. Il y a eu un retour de 61 questionnaires (54%) sur les 110 distribués. La tranche d'âge des cliniciens qui ont participé à l'étude était de 27 à 62 ans. La proportion des disciplines professionnelles était composée de 62,2% d'infirmières, de 19,6% de professionnels paramédicaux, de 16,3% de médecins. Le genre était divisé en 43,3% de sexe masculin et 56% de sexe féminin. La durée d'expérience en santé mentale était de 1 à 35 ans, et la durée des années dans un rôle de crise ou de triage allait de 6 mois à 20 ans. Des années de formation post-grade ont été rapportées : moins de 2 ans pour 39,3% des médecins, de 2 à 4 ans pour 24,6%, et plus de 4 ans pour 36,1%.</p> <p>Contexte : En Australie, la préoccupation au sujet des attitudes négatives à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale est de plus en plus un point central dans les discussions (Département des services sociaux, 2002; Hugo, 2001; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen et Henderson, 1999; Stewart & Harmon, 2004). Pour les personnes souffrant de BPD, l'accès aux services de santé mentale est souvent très problématique en raison de la prévalence élevée de la stigmatisation associée à ce diagnostic (Nehls, 1999; Read & Harre, 2001). Comme point d'entrée aux services de santé mentale, le triage joue un rôle essentiel en facilitant un accès opportun et approprié aux soins (Sands, 2004). C'est pourquoi il est impératif que les attitudes des cliniciens de crise et de triage facilitent plutôt qu'elles n'empêchent d'offrir un service équitable.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Conception et méthode : L'étude a utilisé un schéma exploratoire descriptif, un questionnaire validé et développé par Bowers et Allan (2006), intitulé APDQ (« Attitude to Personality Disorder Questionnaire » ; traduction libre : Questionnaire sur les attitudes envers le trouble de la personnalité). L'APDQ a été développé spécifiquement pour évaluer les attitudes globales des cliniciens envers ceux qui ont des troubles de la personnalité. Ce questionnaire de 35 items a requis des participants afin d'enregistrer leurs sentiments au sujet de patients diagnostiqués d'un BPD, en utilisant une échelle de Likert. Les dimensions des attitudes identifiées par Bowers et Allan sont définies comme : plaisir/dégoût, sécurité/vulnérabilité, acceptation/rejet, finalité/futilité, et épuisement/enthousiasme.</p> <p>L'analyse des données a été facilitée par l'utilisation du logiciel SPSS. Des mesures statistiques descriptives et des réponses à chaque question ont été compilées et classées dans les cinq dimensions d'attitudes de l'APDQ (Bowers & Allan, 2006). Les résultats ont été obtenus à partir de l'analyse des cinq dimensions en utilisant le score total du questionnaire en tant que variable dépendante dans les régressions multiples. Le score total de chaque questionnaire de l'APDQ a identifié l'attitude globale positive ou négative du participant.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Dans la dimension plaisir/dégoût, 70% des médecins ont fait état de sentiments de plaisir, alors que 35% des infirmières ont déclaré avoir du plaisir à travailler avec les personnes souffrant d'un BPD. Parmi les cliniciens ayant moins de 2 ans de formation postuniversitaire, 62,5% ont exprimé des sentiments de dégoût. Dans la dimension sécurité/vulnérabilité, des sentiments de vulnérabilité selon le sexe, la profession, l'expérience et l'éducation</p>	

vont de 88,2% à 100%. Dans la dimension acceptation/rejet, 88,3% de tous les cliniciens ont signalé des sentiments de rejet. Des sentiments d'acceptation ont été exprimés par 18,5% de ceux qui avaient moins de 2 ans d'expérience de crise ou de triage et 18,2% des cliniciens ayant plus de 4 ans d'expérience postuniversitaire. Dans la dimension but/futilité, 76% des cliniciens ont exprimé des sentiments de futilité, tandis que 35% des cliniciens ayant plus de 11 ans d'expérience en santé mentale ont rapporté une profonde détermination. Dans la dimension épuisement/enthousiasme, 36,7% des infirmières ont déclaré des sentiments d'enthousiasme, tandis que 8,3% des médecins ont rapporté ces sentiments lors du travail avec des personnes ayant un BPD.

Le nombre d'années d'études supérieures s'est avéré avoir une relation positive statistiquement significative dans les cinq dimensions attitudinales dans la Mesure de corrélation de Pearson. En particulier, les dimensions but/futilité et épuisement/enthousiasme ont montré une relation positive avec une formation postuniversitaire, représentée par $r(N = 60) = 0,309$, $p \leq .001$ pour but/futilité et $r(N = 60) = 0,300$, $p \leq .001$ pour épuisement/enthousiasme. Plusieurs analyses de régression ont identifié but/futilité comme le plus fort identifiant positif en expliquant le score total du questionnaire d'attitude à travers les cinq dimensions, ce qui en fait le plus fort facteur positif suivi par acceptation/rejet (0,396). **Une corrélation a été faite entre des niveaux plus élevés de formation et des attitudes plus positives envers les patients atteints d'un BPD.** Les résultats globaux des questionnaires de l'étude ont rapporté une plus grande proportion d'attitudes négatives que positives.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les cliniciens ont **rapporté des attitudes plus négatives que positives dans le fait de travailler avec les personnes diagnostiquées d'un BPD**, ce qui soulève un certain nombre de conséquences pour la pratique clinique au sein des services de crise et de triage en santé mentale. Un facteur qui contribue à l'ensemble des attitudes négatives envers les personnes atteintes de BPD peut être lié au fait que ces patients sont perçus comme étant difficiles, en raison de leur tendance à contester l'autorité et la valeur thérapeutique des cliniciens (Playle & Keeley, 1998). Les patients de santé mentale qui rejettent les services sont souvent à leur tour rejetés par les services (Breeze & Repper, 1998; Pidd, Benefield, Et Duggan, 2005).

Dans la dimension plaisir/dégoût, les infirmières ont exprimé plus d'attitudes négatives (65%). Traditionnellement, la profession infirmière s'est identifiée elle-même comme étant une profession « qui prodigue des soins » (Russell, Daly, Hughes, & Hoog, 2003). **Un conflit moral surgit souvent** dans les soins, dans le contexte de réactions à un comportement provocateur, juxtaposé à une **philosophie de soins qui vise la bienveillance** (Hellzen, Asplund, Sandman, et Norberg, 1999). Les infirmières sont plus susceptibles d'exprimer des jugements négatifs envers les patients perçus comme hostiles, manipulateurs, difficiles, exigeants, ou envers ceux qui mettent le personnel dans une situation où il se sent inefficace (Bowers, 2003; Glen, 2005; Horsfall, 1999).

La profession médicale a soulevé l'incidence la plus élevée d'attitudes positives envers les personnes ayant un diagnostic de BPD dans la dimension plaisir/dégoût. Les facteurs qui peuvent contribuer à ce résultat sont les niveaux de soins directs (les médecins ont beaucoup moins de contacts directs que les autres professionnels), le niveau de formation (les médecins en ont plus), et le statut dans un système d'organisation hiérarchique qui soutient et renforce les philosophies des professions médicales (Fagin et Garelick, 2004). Les médecins ont également pu être moins enclins à divulguer des attitudes négatives que d'autres professions, étant donné qu'une part de leur rôle professionnel est d'assurer la supervision des soins au sein des équipes.

Tous les professionnels impliqués dans l'étude ont indiqué qu'ils éprouvaient un sentiment de futilité de premier plan dans le fait de travailler avec des personnes atteintes de BPD. La littérature suggère que l'optimisme initial de travailler avec des personnes ayant un BPD, peut devenir pessimiste quand il y a des difficultés avec l'engagement thérapeutique (Markham, 2003).

La population totale des cliniciens paramédicaux ayant participé à l'étude a exprimé des attitudes négatives dans la dimension sécurité/vulnérabilité (100%) et un pourcentage élevé (91,7%) des cliniciens paramédicaux ont également eu des attitudes négatives dans la dimension acceptation/rejet des attitudes. « Le paramédical » englobe les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les psychologues, créant un groupe diversifié de perspectives cliniques. Il est difficile d'identifier une caractéristique spécifique de ces professions qui peut avoir contribué à une réponse négative forte dans ces dimensions.

Dans la dimension épuisement/enthousiasme, 63,6% des cliniciens avec plus de 4 ans d'expérience de crise et/ou de triage ont exprimé des attitudes négatives. Ceux avec moins de 2 ans d'expérience, avaient l'incidence la plus élevée d'attitudes positives (63%). Cela peut indiquer que l'expérience de travailler avec les personnes diagnostiquées d'un BPD renforce les complexités et les difficultés de l'expérience des cliniciens et ceci souligne **la nécessité de bénéficier de supervisions pour répondre à ces questions (Gilbert, 2001)**. Les attitudes négatives des cliniciens avec plus de 4 années d'expérience de crise et/ou de triage augmentent la **préoccupation sur la disponibilité et l'accessibilité des systèmes de soutien tels que le perfectionnement professionnel, la formation continue, et la supervision clinique pour les cliniciens de santé mentale** (Sands, 2004). Un aspect significatif des capacités des cliniciens à maintenir des perspectives thérapeutiques est lié à leur capacité à accéder à un **niveau de supervision et de mentorat** qui peut aider le processus continu de développement professionnel (Bland & Rossen, 2005). La supervision permet au clinicien d'identifier les problèmes ayant un impact sur le processus thérapeutique (Johns, 2001). **La supervision clinique fournit un soutien pour les professionnels pour maintenir la compassion, l'optimisme thérapeutique, et pour éviter «l'épuisement professionnel»** (Gilbert, 2001; Bland & Rossen).

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

En résumé : Formations postdoctorales et attitudes :

- ➔ Les participants à cette étude avec plus de 4 années d'études supérieures ont rapporté plus d'attitudes positives dans toutes les dimensions. Pour travailler efficacement avec les personnes atteintes de BPD, il devrait y avoir une certaine **compréhension des comportements** des personnes et de leurs modes de vie (Bland & Rossen). **La formation postuniversitaire** peut aider à cette compréhension en ce sens qu'elle fournit un cadre conceptuel ; cela leur permet aussi **d'acquérir une meilleure vision de la personne dans son entier**. Les cadres conceptuels permettent au clinicien en santé mentale de comprendre, d'établir des stratégies et de planifier des interventions cliniques.
- ➔ La réticence des cliniciens à travailler avec les personnes atteintes de BPD peut être une conséquence de leur manque de formation et de confiance en leurs capacités plutôt qu'une conséquence de leurs attitudes négatives.
- ➔ L'enseignement postuniversitaire favorise le **développement de compétences interpersonnelles** (Pelletier, Donoghue, et Duffield, 2003).

En résumé : Implications pour des recherches futures :

- ➔ Les orientations futures dans la recherche devraient se concentrer sur les façons dont les services de santé mentale peuvent fournir un cadre transdisciplinaire de soins
- ➔ Des enquêtes plus approfondies sont nécessaires sur la relation entre la connaissance, la formation et les attitudes dans la prestation de soins en santé mentale pour les personnes ayant un trouble de la personnalité.
- ➔ Des recherches plus poussées doivent contribuer aux connaissances de base pour des soins efficaces aux personnes atteintes de BPD au sein des services de triage et de crise en santé mentale et publique.

En résumé : Implications pour la pratique:

Les attitudes négatives envers les personnes souffrant de BPD sont une entrave à une pratique éthique. De telles attitudes nient l'essence même de la relation thérapeutique en privant le patient d'espoir, c'est-à-dire en le privant d'optimisme thérapeutique.

- ➔ La reconnaissance manifeste sur comment les attitudes négatives créent des obstacles à des soins de qualité, les initiatives de formation et de gestion clinique dans le but de cibler les attitudes négatives et les stéréotypes sont un moyen d'améliorer l'optimisme thérapeutique qui englobe la croyance sous-jacente que les gens sont capables de changement.
- ➔ Il faut également reconnaître un niveau de formation postdoctorale comme critère d'entrée à des postes de crise et de triage afin de soutenir un niveau de pratique clinique qui favorise de meilleurs résultats thérapeutiques.
- ➔ La gestion clinique doit promouvoir une culture qui appuie la pratique de **supervisions cliniques** et la **collaboration avec les cliniciens** dans le développement de modèles de soins.

La mise en œuvre pour la pratique infirmière : La présence cliniquement significative des attitudes négatives parmi les cliniciens dans les centres de triage et de crise en santé mentale, découvertes dans la présente étude, donne lieu aux recommandations suivantes :

1. Mettre en place **un cadre de collaboration** pour la pratique qui englobe un accès aux soins et à un traitement améliorés.
2. Élaborer **un modèle durable de supervision clinique** pour les cliniciens.
3. Faire pression pour **un programme d'enseignement de troisième cycle spécifiquement destiné à traiter les attitudes** affectant la prestation de soins aux personnes atteintes de BPD.
4. Identifier une **formation postdoctorale comme critère d'admission pour pratiquer comme clinicien** dans les centres de crise et de triage
5. **Promouvoir la recherche** visant à élaborer des pratiques fondées sur la clinique pour les soins destinés aux patients atteints de BPD en crise.

ETHIQUE

Une approbation éthique a été obtenue du Réseau de santé mentale (MHN) et de l'Université de Melbourne. Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire d'un formulaire de consentement éclairé (« Plain Language Statement »), qui comprenait une invitation à participer à l'étude. La participation à l'étude était anonyme et volontaire.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES**Remarques personnelles**

Un point intéressant dans les résultats : la différence entre le personnel infirmier et les médecins. Les infirmières ont montré moins de plaisir à travailler avec les patients borderline. L'explication est en partie suggérée par des études qui évoquent la réelle difficulté pour les infirmiers à travailler avec des patients perçus comme hostiles, manipulateurs, difficiles, exigeants. Le conflit moral qui peut en résulter est évoqué : en effet, traditionnellement, la profession infirmière s'est identifiée elle-même comme étant une profession « qui prodigue des soins », qui est de nature bienveillante.

Nous avons apprécié que l'étude nomme les facteurs qui peuvent contribuer au fait que les médecins soient plus enclins à travailler avec des patients atteints de BPD. Les résultats ont rapporté que cette profession comporte plus d'attitudes positives envers les personnes ayant un diagnostic de BPD dans la dimension plaisir/dégoût. Les auteurs ont ajouté dans leur discussion l'hypothèse selon laquelle cela est dû à des contacts moins fréquents du corps médical avec ces patients que les autres professions. Le nombre d'années d'études supérieures semblent avoir une conséquence positive dans les cinq dimensions de l'étude. Cet aspect est clairement souligné dans le chapitre « Formations postdoctorales et attitudes ».

Nous avons observé que pour appuyer les propos et les réflexions de la discussion, l'étude évoque de nombreuses autres recherches et cet aspect nous montre que celle-ci semble de qualité. Même si cette recherche est ciblée sur une unité de crise et de triage, les implications tant pour la pratique que pour les recherches futures sont mises en lumière de façon pertinente. Les résultats sont très intéressants pour notre question de recherche. La structure du résumé et de la recherche est très bonne. De plus, l'éthique est respectée.

Recherche 16 : McGrath & Dowling, 2012

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
McGrath, B. & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. <i>Hindawi Publishing corporation Nursing Research and Practice</i> , 2012, 1-10.	
PAYS	
Irlande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Cette étude a exploré les interactions des infirmières psychiatriques diplômées (RPNs' : Registered Psychiatric Nurses') avec les patients atteints de BPD. Les objectifs étaient de: 1. identifier les thèmes communs, à partir d'une analyse des interactions rapportées par les infirmières. 2. décrire le niveau d'empathie des infirmières à l'égard des patients ayant un BPD.
Question de recherche/Hypothèses	Pas mentionnées par les auteurs
Recension des écrits	Un certain nombre d'études ont examiné les attitudes des infirmières l'égard des patients ayant un BPD [James & Cowman, 2007, Fraser & Gallop, 1993, Cleary et al., 2002, Woollaston & Hixenbaugh, 2008, Forsyth, 2007, Markham, 2003, Markham & Trower, 2003, Ma et al., 2009]. Ces études rapportent les perceptions des infirmières au sujet des patients ayant un BPD : ils sont perçus comme puissants et destructeurs. La littérature a aussi décrit la capacité des personnes avec un BPD à diviser le personnel et à afficher un comportement manipulateur [Aviram et al., 2006, Woollaston & Hixenbaugh, 2008, Ma et al., 2009]. D'autres résultats suggèrent que les infirmières peuvent percevoir les patients avec un BPD comme ayant plus de contrôle sur les comportements négatifs, en comparaison avec des patients ayant d'autres affections [Forsyth, 2007, Markham & Trower, 2003]. Selon les participants à une étude [Byrne, 2000], les prestataires de soins ont des avis défavorables et des idées préconçues au sujet des personnes ayant un BPD ; ils font référence à leur expérience d'être étiquetés [Byrne, 2000]. Certains patients

	<p>ont exprimé qu'ils étaient terrifiés par le fait d'être désapprouvés ou rejetés, en particulier par des professionnels clés tels que leur thérapeute [Miller et al., 1994, Nehls, 1999]. Pour ce qui est de vivre avec le diagnostic, les patients ont décrit le désespoir et la misère qu'ils sentaient ainsi que le rôle de l'automutilation, utilisé comme une sorte d'intervention pour se libérer des émotions refoulées et des tensions [Fallon, 2003]. Les patients qui ont un BPD ont également signalé que le service était réticent à leur donner le diagnostic. La perception des patients selon laquelle il y a une réticence à les diagnostiquer est également signalée ailleurs [Castillo et al., 2001].</p> <p>Pour améliorer les résultats de la gestion et des soins à l'égard des patients borderline, il existe un consensus général sur la nécessité pour davantage de formation pour les professionnels de santé mentale [Cleary et al., 2002, Forsyth, 2007, Markham, 2003, Markham & Trower, 2003]. Il existe peu de publications explorant l'empathie dans les interactions entre les infirmières psychiatriques et les patients BPD. Cependant, une étude récente rapporte que les infirmières ont un score d'empathie envers les personnes atteintes de BPD inférieur aux psychiatres et aux psychologues [Bodner et al., 2011]. En outre, on a rapporté que les infirmières ont l'échelle la plus basse d'auto-évaluations sur l'empathie envers les personnes ayant un BPD par rapport à d'autres cliniciens de santé mentale [Gallop et al., 1990].</p>
Concepts et théories	L'Empathie est un thème de la recherche, mais elle n'est pas développée comme théorie/concept.
MÉTHODES	
Devis de recherche	Une approche qualitative a été utilisée.
Population et contexte	<p>L'étude a été réalisée avec des infirmières travaillant dans un service de santé mentale communautaire irlandais. Les critères d'inclusion de l'étude étaient : être des infirmières diplômées en psychiatrie avec un minimum de trois ans d'expérience post-diplôme, travailler dans un service de santé mentale depuis un minimum de deux ans, et avoir l'expérience de travailler avec des patients atteints de BPD.</p> <p>17 infirmiers et infirmières en psychiatrie (12 femmes et cinq hommes) ont été interrogés à l'aide d'un calendrier d'interviews semi-structurées, incorporant le « Staff-Patient Interaction Response Scale » (SPIRS) (Traduction libre : échelle de réponse d'interaction personnel-patient). La moyenne des années d'expériences des infirmières était de 15 ans. Six participants travaillaient dans un centre de jour psychiatrique communautaire, une a travaillé en tant qu'infirmière psychiatrique (CPN), et les autres 11 participants ont travaillé dans un cadre résidentiel communautaire psychiatrique. 11 participants ont obtenu une qualification élevée après leur diplôme en soins infirmiers de santé mentale et un participant possède un Master. Un participant a suivi une formation spécifique sur les BPD après son diplôme. Dix participants ont indiqué qu'ils avaient des contacts quotidiens avec des patients atteints de BPD. Ceux-ci travaillent dans un lieu résidentiel</p>

	<p>communautaire. Quatre ont indiqué qu'ils avaient des contacts avec les personnes souffrant de BPD deux ou trois fois par semaine, et trois autres ont rapporté qu'ils avaient un contact moins de cinq fois par mois (ce personnel travaillait dans des centres communautaires de jour).</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Outil/SPIRS : Il n'existe pas un outil «gold standard» pour mesurer l'empathie dans le cadre des soins infirmiers [Gallop et al., 1990]. Un moyen pour mesurer l'empathie est de considérer celle verbalement exprimée par l'infirmière ; cette approche a été adoptée avec un groupe d'infirmières (n = 113) en utilisant l'échelle de réponse d'interaction personnel-patient (SPIRS) [Gallop et al., 1989]. Le SPIRS a été développé à partir de points de vue théoriques de l'empathie thérapeutique comme un processus en plusieurs phases [Black et al., 2011]. Il est décrit comme un modèle à trois niveaux d'empathie. Des médiateurs tels que les connaissances-croyances des infirmières, l'âge des patients, et des variables contextuelles telles que le site de l'hôpital peuvent influencer les résultats de chaque phase du processus empathique. L'échelle utilise les réponses écrites à des stimuli de patients hypothétiques pour évaluer l'empathie exprimée du personnel à l'égard des patients borderline et schizophrènes. Les réponses sont notées sur une échelle de réponse de dix catégories. Elles représentent trois niveaux de soins empathiques: (1) pas de soins, (2) solution, et (3) implication affective [Gallop et al., 1989].</p> <p>Collecte de données : Un guide d'interview semi-structurée a été utilisé ; celui-ci a exploré les interactions des participants et les expériences de soins envers les patients atteints de BPD. L'interview a été suivie d'un questionnaire, le SPIRS [Gallop et al., 1989]. L'autorisation d'utiliser l'instrument a été donnée par les auteurs d'origine. Bien que conçue comme un questionnaire, l'échelle a été utilisée dans l'étude pour décrire le niveau d'empathie exprimé par les participants à l'égard des patients atteints de BPD.</p> <p>Les 17 interviews ont été enregistrées et transcrites mot à mot. Suite à l'analyse, tous les participants ont été invités à lire leur interview transcrite et à vérifier si les thèmes identifiés reflètent fidèlement leurs points de vue. Quand on a retransmis aux participants les analyses des données, certains ont exprimé leur surprise et leur préoccupation au sujet de leur niveau d'empathie. Deux participants ont demandé d'enlever une ligne parce qu'ils étaient mal à l'aise avec leurs réponses.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Suite à l'analyse thématique du questionnement ouvert, quatre thèmes ont été identifiés: (1) «Exigeant et difficile», (2) «Comportement manipulateur, destructeur et menaçant » (3) « S'attaquer aux plus vulnérables entraîne une division au sein du personnel et parmi les autres patients », et (4) « Limites et structure ». La majorité des réponses des infirmières pour les scénarios présentés dans les SPIRS étaient au premier niveau d'empathie (pas de soins) et au niveau deux d'empathie (solution).</p> <p>Le thème «Exigeant et difficile » reflète la description des participants de leurs expériences et de leurs attitudes en matière de soins aux patients atteints de BPD. Tous les participants ont rapporté combien cela représentait un challenge et combien il était difficile d'offrir un «bon» niveau de soins aux</p>	

personnes souffrant de BPD en raison d'expériences précédentes avec d'autres patients au diagnostic similaire. Ceci est démontré dans les propos suivants de Helen: ". . . *C'est difficile parce que vous essayez d'être ouvert, non jugeant, de leur donner la possibilité d'assumer la responsabilité de leurs actions et d'améliorer leur situation ; mais généralement ils sabotent les choses et ne prennent pas la responsabilité, en blâmant les autres ou les événements de la vie pour les choses qui ne fonctionnent pas.* "

De nombreux commentaires étaient liés aux **comportements inappropriés ou aux symptômes** que les patients atteints de BPD affichent. La majorité des participants ont exprimé l'avis que ce n'était **pas le patient personnellement mais son comportement qu'ils ont trouvé difficile**; la plupart ont également reconnu que les patients atteints de BPD ne prennent pas la responsabilité de leur comportement. Les participants ont également parlé d'un comportement qui recherche l'attention. Deux participants ont déclaré qu'ils offriraient une prestation de soins minimums au patient atteint de BPD. En outre, ils ont déclaré qu'ils éviteraient toute interaction avec ces patients sauf si cela s'avère nécessaire et qu'ils le feraient à la fin de la journée, quand ils savaient qu'il n'y aurait pas de temps pour explorer les questions en profondeur. Lorraine a déclaré qu'elle a acquis une meilleure compréhension d'elle-même, après ses rencontres avec des patients atteints de BPD: "... *vous devez avoir un bon niveau de compréhension et de perspicacité à propos de vous-même ... Vous savez, si quelqu'un dit qu'il va se donner la mort... vous devez comprendre qu'il ne s'agit pas de vous mais de lui. Ainsi, vous réalisez que je peux les aider. . . .* "

Le thème de «Comportement manipulateur, destructeur et menaçant » reflète les avis de tous les participants qui ont utilisé les termes "manipulateur", "destructeur" et "menaçant". Helen décrit ses interactions avec les patients qui ont un BPD « *comme superficielles et calculées dans le but de satisfaire leurs besoins* ». Quelques participants ont évoqué le terme de la manipulation parce qu'ils ont trouvé que certains patients avec un BPD sont malhonnêtes et pas authentiques. La plupart des participants ont admis qu'être manipulé a provoqué des sentiments de frustration et le sentiment d'être utilisé. La plupart des participants ont décrit les patients BPD comme destructeurs et menaçants. Le terme «menaçant» a été utilisé comme un terme générique pour décrire l'automutilation ou la menace de faire du mal à d'autres personnes ou à des biens si on ne répond pas à leurs besoins. 15 participants ont rapporté qu'ils avaient trouvé la menace de suicide comme le plus pénible de tous les comportements. «*Vous leur donnez du temps, du soutien et des encouragements et ensuite ils continuent généralement avec des comportements tels que l'automutilation délibérée, la menace de suicide ou de fuite. Il est difficile de construire une relation thérapeutique étant donné que leurs actions et leurs comportements sont manipulateurs et en quête d'attention* »(Helen). Mary a décrit un incident où un patient avec un BPD s'est engagé dans ce type de comportement et comment cela lui a causé un stress personnel: « *Un patient borderline s'est disputé avec un autre patient. Je suis intervenue, j'ai demandé au patient BPD de baisser le ton. Tout d'abord, ils m'ont totalement ignorée... alors ils ont décidé de retourner toute leur colère et leur agressivité contre moi et pour finir j'ai été coincée contre le mur... Alors... j'ai déclenché l'alarme... plus il y avait de personnes venues pour aider, plus le patient atteint de BPD semblait l'apprécier et devenir de plus en plus agressif, en colère, il en jouait. La situation entière fut un apprentissage pour moi et il m'a fallu beaucoup de temps pour déstresser!* » Mary a également signalé qu'elle avait eu un débriefing après cet incident.

Le thème «s'attaquer aux personnes vulnérables et avoir pour conséquence une division du personnel et des autres patients » reflète les expériences des participants dans les relations avec les patients ayant un BPD et le personnel et les autres patients. "*Ils vont choisir un plus faible, se rapprocher de lui...*

nouer des relations qui peuvent être inappropriées à certains moments. Diviser le personnel tout le temps »(Jane). Mary décrit les interactions des patients souffrant de BPD avec d'autres patients: *«Eh bien, au début les autres patients croient que le patient borderline est très gentil, agréable, très utile, qu'il s'implique dans leur soins en donnant des conseils... en leur disant ce qu'ils doivent et ne doivent pas faire... Et puis soudain, il y aura une grande engueulade...ils se battent et se disputent...divisent les patients et les différents groupes »*. Ceci a provoqué des tensions et du stress au sein des membres du personnel.

Lorraine... a rapporté un sentiment de colère, de frustration, de douleur et de déception. Deux participants ont rapporté un sentiment de paranoïa et de méfiance. Ils ont exprimé comment ils sont devenus méfiant à l'égard des patients atteints de BPD et de leur collègues. Ceci eut pour résultat un environnement désagréable de travail à certains moments.

Le dernier thème de « Limites et structures» se réfère aux **besoins des participants d'avoir des limites strictes** lors de l'interaction avec ces patients. *«... c'est seulement à partir des expériences et des négociations avec les gens que vous découvrez que vous devez être très fort et que l'ensemble du personnel devra avoir un programme établi et que tout le monde doit suivre ce programme »*(Marie). Certains participants ont parlé de **la sécurité des autres patients** si les patients avec un BPD étaient dans l'unité pour une admission de longue durée. Lorraine a relaté une expérience particulière et combien cela était stressant pour le personnel et pour les autres patients: *«Quand ils sont à l'hôpital pendant des siècles, ils enseignent aux autres patients des comportements nuisibles. J'ai vu un patient atteint de BPD enseigner à une jeune fille de 18 ans comment se couper elle-même pour qu'elle puisse attirer l'attention... Nous les avons séparés, mis une règle stricte en place, mais qui semblait juste leur donner envie de plus se retrouver! A un certain point tout le personnel abandonnait!»* (Lorraine).

Encadré 3: Niveaux de l'empathie (SPIRS) [Gallop et al., 1989].

Niveau 1 d'empathie (sans soins)

- (1) Rabaisse, contredit ou nécessite la défense
- (2) Platitudes, clichés ou règles

Niveau 2 d'empathie (solution offerte)

- (3) Explique les raisons des règles ou des processus
- (4) Demande au patient de faire quelque chose
- (5) Offre une solution ou une résolution
- (6) Invite à la découverte/à l'exploration

Niveau 3 empathie (engagement affectif)

- (7) Exprime des Soins et une Préoccupation
- (8) Adresse des sentiments aux patients
- (9) Adresse des sentiments à tous
- (10) S'inquiète de l'estime de soi du patient

La majorité des réponses des participants aux questions posées le scénario SPIRS au sujet d'une première admission ont donné des réponses classées au premier niveau d'empathie (pas de soins) et au niveau deux (solution offerte). Une réponse de catégorie type 3, qui explique pourquoi les règles ou les processus se déroulent chaque jour est représentée par la déclaration de Rebecca: « *Je lui explique que nous travaillons en équipe et... qu'il y a des soins infirmiers de base et qu'il vous sera attribué une infirmière chaque jour... ainsi vous pourrez parler de vos inquiétudes et de vos préoccupations* »(Rebecca). Emma était la seule participante dont les réponses reflètent un niveau trois d'empathie. Elle a répondu en abordant l'estime de soi de la jeune fille: «*...je vais chercher à comprendre ce que cela signifie pour elle d'être écoutée ... ne s'est-elle jamais sentie écoutée ?*»(Emma).

Les réponses des participants au deuxième scénario (admissions multiples) qui leur a été présenté sont pour la plupart au premier niveau d'empathie. Par exemple, Jane a répondu en expliquant les règles aux patients: «*Je suis l'infirmière de garde et ce sont les règles... de nouvelles limites sont établies...*»(Jane). À la déclaration de H dans le scénario, "Cessez de me casser les pieds. Pourquoi continuez-vous à me parler de toute façon ", la plupart des réponses étaient classés dans la catégorie 2. Jane a répondu en disant: «*Encore une fois Je vais l'ignorer* ». Les participants ont expliqué que leurs réponses au patient étaient motivées par l'opinion que celui-ci recherchait de l'attention. Emma était la seule participante dont les réponses ont reflété de l'empathie au niveau trois (engagement affectif). Sa réponse à la question posée par "H" « Pourquoi devrais-je m'habiller ? je n'ai pas d'endroit où aller » a provoqué du souci et de la préoccupation. « *Peut-être qu'ils ne veulent pas s'habiller. Je voudrais leur demander de s'asseoir, ... leur faire une tasse de thé et parler avec eux* »(Emma).

La majorité des participants ont donné des réponses dans la catégorie 2 (platitudes, clichés, ou règles). Des réponses typiques de catégorie 2 sont par exemple quand l'infirmière indique au patient les règles, comme Jane l'a fait quand elle a répondu «*Ils ont besoin de lignes directrices strictes... ceci est votre plan pour la journée.* »

Les participants ont marqué le plus haut niveau d'empathie pour la dernière déclaration posée dans les deux scénarios («Je souhaite juste que le personnel me laisse me tuer, c'est la chose la plus utile qu'il puisse faire » et « Vous n'avez aucune idée de comment je me sens. Je voudrais être mort et que pouvez-vous y faire de toute façon? ». Face à ces déclarations, la majorité des réponses tendaient à poursuivre l'exploration avec le patient. Les participants ont déclaré qu'ils réagiraient de cette manière parce que toute menace d'automutilation doit être prise au sérieux, peu importe le diagnostic. Neuf participants n'ont pas changé leur niveau global d'empathie du premier scénario (première admission) au deuxième scénario (admissions multiples).

DISCUSSION ET CONCLUSION

En harmonie avec la littérature existante, les participants à cette étude ont perçu les patients BPD de manière négative [Woollaston & Hixenbaugh, 2008, Ma et al., 2009]. Comme indiqué précédemment, ces usagers sont considérés comme "exigeants et difficiles" à soigner [James & Cowman, 2007, Bateman & Fonagy, 2004, Krawitz & Watson, 2003, Bowers, 2002], et ce thème a également été repris par les participants à cette étude. Les sentiments des infirmières d'être utilisées et dévalorisées dans leurs expériences ont également été signalés ailleurs [Woollaston & Hixenbaugh, 2008]. Il est également signalé que certaines infirmières se retirent et se distancent d'eux [Fraser & Gallop, 1993]. Le niveau d'empathie exprimé par les participants à l'étude pour la première admission d'un patient BPD était classé globalement au niveau 2 (solution offerte). Avec le scénario d'admissions multiples, le score global était

plus faible, au niveau 1 (pas de soins). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés ailleurs, lorsque le SPIRS a été utilisé [Gallop et al., 1989], et les infirmières ont affiché un faible niveau d'empathie pour les patients atteints de BPD par rapport à ceux souffrant de schizophrénie.

Les participants avec des réponses d'empathie de niveau 1 peuvent croire que ces réponses sont nécessaires parce qu'ils pensent que le comportement du patient est manipulateur ou dangereux. Les infirmières croient qu'il est socialement acceptable de répondre au patient atteint de BPD de cette façon en raison de leur diagnostic [Markham & Trower, 2003]. Les patients borderline sont connus pour créer une multitude de sentiments chez les infirmières. Cela inclut des **sentiments d'impuissance, d'être utilisées, d'un échec thérapeutique, le sentiment d'être dévaluées et incomprises, de la colère et de la frustration** [Woollaston & Hixenbaugh, 2008, Ma et al., 2009]. Par conséquent, ce niveau de réponse peut être un mécanisme de défense contre l'affect intense généré chez les infirmières par les patients atteints de BPD.

Les données des interviews révèlent que les participants ont une compréhension claire des caractéristiques des patients atteints de BPD. Presque unanimement, ils ont convenu que les personnes avec un trouble borderline étaient exigeantes et difficiles à soigner. La majorité des participants croyaient aussi que les patients atteints de BPD ne doivent pas être pris en charge dans un hôpital parce que les services sont insuffisants, ce qui a un impact négatif sur la prestation de soins.

Le développement d'un service communautaire spécialisé, d'une meilleure formation et d'ateliers de formation ont été considérés par les participants comme étant les moyens les plus probables pour améliorer le service et les soins reçus par les patients atteints de BPD. Les infirmières ont besoin de comprendre les origines et les fonctions de ces problèmes [Gallop & Reynolds, 2004]. **Plus les infirmières comprennent la complexité du BPD, plus un niveau élevé d'empathie peut être affiché.** Par conséquent, il peut être plus facile pour les infirmières de répondre de façon thérapeutique et cohérente, sans colère, frustration et sans peur à des patients atteints de BPD. Un certain nombre de suggestions ont été proposées sur le contenu de cette formation, par exemple, une étude a recommandé la thérapie cognitivo-comportementale en raison des données probantes [Woollaston & Hixenbaugh, 2008]. L'élaboration et la prestation d'un atelier de formation de courte durée sur le BPD pour les cliniciens de santé mentale publique est rapporté [Krawitz, 2001]. L'objectif de l'atelier était de **développer des compétences pratiques** dans l'exercice des plans de traitement et de **devenir plus positif en travaillant avec des patients atteints de BPD**. On pensait que cela améliorerait les relations entre ces patients et les infirmières, en aidant les infirmières à surmonter les perceptions négatives qu'elles associent à ces patients. Après l'atelier, la confiance et la volonté des participants pour travailler avec des personnes ayant un BPD ont été statistiquement améliorées. Il a également été indiqué que l'atelier a offert **un forum afin d'améliorer la compréhension des challenges et des complexités** rencontrés dans différents lieux de travail [Krawitz, 2001]. Des guidelines définis recommandent également des supervisions pour le personnel qui soigne les personnes atteintes d'un BPD [DSM-IV-TR, 2000]. Avec une formation et un soutien appropriés, les infirmières peuvent être formées à des attentes réalistes des résultats de traitement pour contrer le pessimisme qui pourrait survenir plus tard. Aborder ces questions peut modifier les réponses négatives des infirmiers et contribuer à atténuer les expériences négatives avec les patients borderline [Markham & Trower, 2003]. **Les infirmières ont besoin de recevoir une supervision régulière**, qui leur donnera l'opportunité et l'espace pour traiter toute expérience perçue comme désagréable en soignant les personnes souffrant de BPD et en aidant à prévenir l'épuisement professionnel [Crawford et al, 2010].

En conclusion, une meilleure compréhension de la complexité du BPD peut aider les infirmières à répondre de façon thérapeutique et de façon cohérente, sans colère, frustration et peur. Le **patient atteint de BPD représente un défi pour les infirmières. Cependant, avec une meilleure formation, théorique et pratique ainsi qu'une supervision clinique, une nouvelle ère dans le traitement des patients atteints de BPD peut commencer** [Bland et al., 2007]. Les infirmières qui voient ces patients de façon holistique peuvent encadrer la recherche et la pratique d'une manière qui peut influencer positivement sur la vie de ces patients [Fallon, 2003, Nehls, 2000].

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Perspectives issues des résultats de cette étude :

- La majorité des participants croyaient que les patients atteints de BPD ne doivent **pas être pris en charge dans un hôpital** parce que les services sont insuffisants, ce qui a un impact négatif sur la prestation de soins.
- Le **développement d'un service communautaire spécialisé, d'une meilleure formation et d'ateliers de formation** ont été considérés par les participants comme étant les moyens les plus probables pour améliorer le service et les soins reçus par les patients atteints de BPD.

Perspectives, selon d'autres auteurs, citées dans la discussion :

- Des suggestions ont été proposées sur le contenu de cette formation, par exemple, une étude a recommandé la **thérapie cognitivo-comportementale** en raison des données probantes [Woollaston & Hixenbaugh, 2008]
- Les comportements de ces patients sont complexes et résultent de nombreuses causes, biologiques, psychodynamiques et socioculturelle. Par conséquent, **les infirmières ont besoin de comprendre les origines et les fonctions de ces problèmes** [Gallop & Reynolds, 2004]. Plus les infirmières comprennent la complexité du BPD, plus un niveau élevé d'empathie peut être affiché. Cela peut aussi aider les infirmières à répondre de façon thérapeutique et de façon cohérente, sans colère, frustration et peur.
- Les infirmières capables de **conserver une attitude positive**, de développer des compétences interpersonnelles, de rester dans un état d'esprit rationnel au milieu d'un conflit peuvent travailler habilement avec ces patients [Talkes & Tennant, 2004].
- Un **atelier de formation de courte durée sur le BPD** pour les cliniciens de santé mentale publique avec, pour objectifs : développer des compétences pratiques, devenir plus positif en travaillant avec des patients BPD, aider les infirmières à surmonter les perceptions négatives qu'elles associent à ces utilisateurs de services [Krawitz, 2001]. L'atelier peut offrir un forum afin d'améliorer la compréhension des challenges et des complexités rencontrées dans différents lieux de travail.
- Des guidelines définis recommandent également des **supervisions pour le personnel** qui soigne les personnes atteintes d'un BPD [DSM-IV-TR, 2000]. Avec une formation et un soutien appropriés, les infirmières peuvent être **formées à des attentes réalistes** des résultats de traitement pour contrer le pessimisme qui pourrait survenir plus tard. Aborder ces questions peut modifier les réponses négatives des infirmiers et contribuer à atténuer les expériences négatives avec les patients borderline [Markham & Trower, 2003].
- **Les infirmières ont besoin de recevoir une supervision régulière** : offrir ainsi l'opportunité et l'espace pour traiter toute expérience perçue comme désagréable en soignant les personnes souffrant de BPD et aider à prévenir l'épuisement professionnel [Crawford et al, 2010].

ETHIQUE

Suite à une approbation éthique, une lettre fut envoyée ; elle invitait à participer à l'étude. Un consentement verbal et écrit a été donné à chaque participant avant qu'il ne soit interrogé. Anonymat : chaque participant s'est vu attribuer un pseudonyme. Suite à l'analyse, tous les participants ont été invités à lire leur interview transcrite pour la précision et ont été invités à vérifier si les thèmes identifiés reflètent fidèlement leurs points de vue.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES**Selon les auteurs**

Bien que les résultats de l'étude ajoutent des preuves supplémentaires pour suggérer la nécessité de formations pratiques et théoriques pour les infirmières qui soignent les patients atteints de BPD, **les résultats de l'étude sont limités**. Les participants travaillent tous dans une même zone de services de santé mentale et peut-être qu'inclure des infirmières d'une autre zone aurait donné des résultats différents. L'échantillon a été sélectionné de façon aléatoire, et ceux qui se sont présentés pour l'interview peuvent avoir eu un plus grand intérêt vis-à-vis du trouble borderline que ceux qui ne se sont pas présentés. Il est possible que le point de vue de ceux qui n'ont pas choisi de participer à l'étude ait été différent de ceux qui ont été interviewés. Enfin, répondre de façon socialement acceptable peut avoir été un facteur influençant certaines réponses des infirmières.

Remarques personnelles

Bien que l'étude parle du but, de la population, de la méthode, etc., nous émettons la critique que le résumé est peu clair au niveau de la forme. Il n'y a pas un résumé qui indique de façon distincte les parties traitées. Point très intéressant : nous apprécions que ce soit une recherche récente (2012). L'introduction est très bonne : elle parle de prévalence, de la complexité à gérer les patients atteints de BPD ainsi que des caractéristiques essentielles de ce trouble. Il y a en quelque sorte un processus en entonnoir pour arriver jusqu'à la thématique de la recherche. L'explication de la méthode et de l'outil de recherche (SPIRS) est très complète et détaillée dans l'introduction. L'éthique est respectée, avec un droit de regard sur les résultats et une vérification de ces résultats proposée aux participants en fin d'étude. Du reste nous avons été étonnées : certains participants ont exprimé leur surprise et leur préoccupation au sujet de leur niveau d'empathie. Deux participants ont demandé d'enlever une ligne parce qu'ils étaient mal à l'aise avec leurs réponses. Ceci peut souligner l'importance de toute démarche de recherche : elle permet une réflexion et une prise de conscience des infirmiers sur leurs propres attitudes dans les soins. Pour améliorer les soins aux patients borderline, les participants ont souligné comme moyens : une meilleure formation, théorique, pratique et de la supervision clinique. Ceci est la seule piste issue de cette recherche, mais les auteurs ont pris la peine d'étoffer leurs résultats en citant de nombreux autres auteurs. Ces derniers proposent de nombreuses pistes que nous avons tenu à souligner sous les perspectives.

Recherche 17 : Fallon, 2003

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 10, 393-400.	
PAYS	
Royaume-Uni	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Les objectifs de l'étude étaient les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Analyser les expériences vécues par les participants au contact des services de soins psychiatriques. - Décrire les diverses modalités d'impact que les services ont eu sur les patients. - Utiliser le point de vue des patients pour discuter de la fonction et du rôle perçu des services de santé mentale envers les personnes souffrant de BPD.
Question de recherche/Hypothèses	Comment les personnes avec un PBD expérimentent leur contact avec les services de santé mentale ?
Concepts et théories	Pas mentionnés par les auteurs
MÉTHODES	
Devis de recherche	Théorie ancrée (étude qualitative)
Population et contexte	Des interviews non structurées ont été menées avec sept participants , recrutés par le biais de leur psychiatre consultant, au sein d'une institution de santé mentale. Quatre étaient de sexe féminin et trois étaient de sexe masculin ; leur âge variait de 25 à 45 ans. Les interviews ont duré 1 heure au maximum et ont eu lieu dans un contexte choisi par le participant.

Collecte des données (outils) et analyse	<p>Méthode : L'étude visait à générer des données issues de l'interaction avec des personnes. La recherche d'expériences vécues a été choisie car elle identifie les points de vue de la population cible comme principale source de connaissances ; elle a fait émerger de précieuses observations dans divers domaines de santé mentale, en particulier avec les phénomènes psychotiques (Hamera et al. 1994, Frédéric & Contach 1995, Nayani & David 1996). Une approche de théorie ancrée (Strauss & Corbin 1990) a été choisie pour la collecte et les analyses des données car elle combine la découverte qualitative et la production de théories sur le sujet à l'étude. Les préoccupations communes de la théorie ancrée sont d'identifier les points de vue des différents groupes de personnes, relatant les problèmes auxquels ils sont confrontés et décrivant les stratégies qu'ils ont élaborées pour faire face à ces problèmes (Boulton & Hammersley 1996).</p> <p>L'analyse des données : L'analyse des données de la théorie ancrée est appelée codage et son objectif est l'élaboration de théories. Les transcriptions des interviews initiales ont été analysées ligne par ligne afin de faire émerger des données conceptuelles, appelées codage ouvert. Chaque élément est comparé avec les autres dans «une méthode comparative constante» (Strauss & Corbin 1990, p. 62), affinant les propriétés de chacun. L'analyse des transcriptions a eu lieu après l'interview. Les concepts avec des caractéristiques communes ont été regroupés en catégories. Les catégories ont donné une direction pour les théories testées lors d'entretiens ultérieurs. Un codage axial a rassemblé les données afin de faire des liens entre une catégorie et ses sous-catégories. Ce processus est appelé le codage sélectif (Strauss & Corbin 1990).</p>
RÉSULTATS	
<p>Catégorie : Vivre avec une personne souffrant de BPD</p> <p>Cette catégorie décrit comment les participants ont éprouvé des émotions et des pensées pénibles. Elle a aussi identifié les stratégies utilisées pour faire face à cette détresse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les participants ont verbalisé des sentiments de désespoir, de perte d'espoir et de dépression. - Tous avaient des antécédents d'automutilation et cinq étaient encore engagés activement dans des comportements d'automutilation. Cela confirme les résultats d'études précédentes (Linehan et al. 1991, Miller 1994) qui ont identifié les actes autodestructeurs comme l'une des caractéristiques principales du BPD. L'automutilation étant décrite à la fois comme un acte impulsif et libérateur des sentiments de frustration, de colère et de tension. - Dans cette catégorie, un autre concept a émergé : la réticence des professionnels à dire aux participants leur diagnostic. Cela reflète les connotations négatives que les soignants attribuent au BPD. Les participants ont estimé que malgré les attitudes négatives et la stigmatisation qu'ils avaient rencontrées, savoir leur diagnostic les a aidés à donner sens à leurs sentiments et à leurs comportements. - De fortes idées paranoïdes était un thème commun, avec pour conséquence une angoisse des participants envers les personnes et un effet négatif direct sur leur fonctionnement social. Ils ont vécu des émotions allant de la panique à l'agressivité et adopté des stratégies, y compris l'évitement de lieux publics et étrangers ; des stratégies qui, à l'extrême, ont conduit à l'agoraphobie et qui eurent comme conséquence l'admission à l'hôpital. 	

Catégorie : la réponse des services Cette catégorie contient deux sous-catégories distinctes. La première: chercher de l'aide, a décrit les conditions dans lesquelles les participants ont demandé de l'aide aux services de santé mentale. La seconde, les réponses des services, a analysé les réponses des services de santé mentale qui avaient été faites aux participants.

Chercher de l'aide : comprend trois domaines conceptuels: **quand** les participants ont cherché de l'aide; **où** sont-ils allés la chercher, et **comment** les services ont été accessibles.

De façon unanime, ils ont cherché de l'aide lors d'épisodes de crise, associés à une perte de contrôle émotionnel et à un risque accru d'automutilation. Le caractère impulsif de bon nombre d'automutilations empêchait les stratégies de prévention. **Les référents étaient habituellement le premier point de contact** ; pour ceux qui s'automutilaient fréquemment, ce sont les infirmières de psychiatrie communautaire, qui ont été identifiées comme étant les plus souples et accessibles. Malgré une gamme de services disponible, **la qualité des relations individuelles a influencé qui a été contacté en premier**. Des services en dehors des heures habituelles d'ouverture ont été très appréciés et utilisés fréquemment.

L'accessibilité des services a souvent été assimilée à la facilité d'approche du personnel de santé dans tous les milieux, des services d'urgence et de traumatologie (En anglais : Accident and Emergency departments, abrégé par A & E), des unités psychiatriques, des rendez-vous avec des psychiatres dans des lieux de résidence ou en ambulatoire. Des sentiments d'isolement ont été éprouvés même dans des environnements avec suffisamment de personnel, si le personnel a été perçu comme inaccessible. La proximité n'était pas un problème car les gens étaient prêts à parcourir de grandes distances ou à utiliser l'assistance téléphonique. Une **approche flexible de l'équipe de soins** a amélioré l'accessibilité, par exemple des mesures ont été prises pour offrir à un participant la **possibilité de contacter le service à toute heure du jour ou de la nuit**. Des plans de soins flexibles, comprenant une filière d'**admission accélérée à l'hôpital**, ont réduit la détresse associée à la recherche d'admission.

Les réponses des services : Les **attitudes négatives des soignants** ont été identifiées comme réponses des services par six des sept participants; cela se passait souvent dans les services d'A & E. Ceux qui avaient été dans les hôpitaux psychiatriques se sont sentis indignes des soins aux patients hospitalisés. Le personnel infirmier dans l'A & E et dans les services psychiatriques était perçu comme travaillant au sein d'un modèle médical où offrir des médicaments ou panser les plaies était leur rôle. Quand les infirmières ont été confrontées à de profonds problèmes émotionnels, elles ont habituellement réglé cette question en conseillant à la personne d'aller chercher l'aide d'experts, par exemple en contactant son psychologue. Toutefois, les **participants ont déclaré que ce n'était pas une thérapie qu'ils demandaient, mais juste d'être écouté et qu'on leur octroie du temps et un soutien affectif**. Les participants ont estimé que le service était efficace pour prendre le contrôle lorsqu'ils perdaient eux même leur sang-froid. Les participants ont perçu **avec ambivalence la maîtrise de leurs comportements perturbés. Ils se sentaient en colère à cause des restrictions de liberté imposées**, comme le fait d'être soumis à des dispositions de lois de la santé mentale ou le fait de les empêcher de sortir de l'hôpital. Parfois, les participants ont estimé que le service a répondu de manière excessive et les a trop privé de leur indépendance. De nombreux exemples de conflits à l'hôpital et dans des lieux communautaires ont été cités en lien avec le contrôle versus l'indépendance. En réfléchissant à ces incidents, les participants ont souligné qu'ils comprenaient que les services devaient trouver un équilibre entre le risque et l'indépendance.

Les participants craignaient de perdre le contrôle de leurs émotions et de se nuire à eux-mêmes ou alors de tourmenter leurs proches. Les participants ont

dit **se sentir plus en sécurité si ces émotions étaient endiguées, contenues**. Le fait d'être contenu a été identifié comme aidant avec l'existence d'une équipe, en particulier d'un référent nommé, avec qui une bonne relation thérapeutique avait été établie, surtout s'ils se sentaient écoutés.

La plupart ont estimé que les réponses des services s'étaient améliorées au fil du temps, en identifiant la mise en œuvre de l'approche du programme de soins (CPA) (ministère de la Santé 1991), comme un instrument d'amélioration de leur prise en charge. La communication entre les membres de l'équipe s'était améliorée et les participants **se sont sentis inclus dans le processus de prestation des soins en ayant des objectifs négociés avec eux**. L'amélioration de la cohérence des soins a été identifiée par deux choses, la nomination d'un référent pour la coordination via le CPA, et la formation du personnel dans les services psychiatriques par des intervenants clés. Les intervenants clés ont été définis comme du personnel expérimenté hautement qualifié, tels que des psychologues ou des psychiatres, qui ont apporté des commentaires supplémentaires à l'équipe de soins, expliquant, sous la forme de formulations détaillées, le comportement individuel en relation avec leurs histoires personnelles, en particulier comment leur personnalité et leur comportement ont été influencés par des événements violents. Cela a contribué à généraliser les meilleures pratiques à toute l'équipe de service.

Catégorie : les relations

- **Les relations avec les autres** allaient du partenaire au personnel de santé. **Elles étaient perçues comme étant la variante la plus importante du soutien** dans la vie des participants. Tous ont expérimenté des relations positives avec les autres. La maîtrise des émotions de désespoir était un élément clé et un plus de la relation. Le nombre de contacts nécessaires pour ce faire variait parmi les participants, allant d'un contact quotidien dans des lieux résidentiels, à trois rencontres mensuelles pour des patients non-hospitalisés.
- **Les qualités qui ont facilité des relations durables ont été démontrées par des personnes qui ont fait preuve de calme, de patience, de compétences, de flexibilité, d'empathie et d'intérêt envers eux en tant que personnes**. Ayant tous expérimenté des attitudes négatives, ils étaient sensibles aux attitudes jugeantes. **Les personnes qui ont été honnêtes avec eux et qui ont établi des limites claires, sans être punitives ou jugeantes**, ont été identifiées comme des personnes en qui ils pouvaient avoir confiance. Les différents membres de l'équipe, allant du psychiatre consultant aux aides-soignants, étaient susceptibles de posséder ces compétences.

Persévérer dans des structures de traitement a été difficile et les participants encore engagés ont déclaré qu'ils étaient motivés par le fait que s'ils n'avaient pas persévéré, ils se seraient tués. **L'un d'eux a estimé qu'avoir un partenaire de soutien était la seule chose qui l'avait empêché de se suicider**. Des points de vue similaires ont été exprimés sur Internet, où beaucoup de gens estimaient que seul l'amour d'un partenaire compréhensif les unissait.

Catégorie : voyage à travers le système

Les sept participants ont décrit leur contact avec les services psychiatriques comme un voyage à travers le système de santé mentale. En tant que catégorie, elle est devenue «voyager à travers le système» et était composée de deux sous-catégories: **le mouvement et la navigation**. Le mouvement représente les expériences positives et négatives de se déplacer dans les milieux de soins et le degré d'indépendance. La navigation détaille les stratégies utilisées pour faciliter les mouvements positifs. La première expérience pour tous les participants était de s'orienter dans le système de santé mentale par l'intermédiaire de leur généraliste. Là, ils ont rencontré divers professionnels de santé mentale. Malgré leur détresse et leur confusion **certain n'ont reçu aucune explication concernant les rôles des individus qu'ils voyaient ou aucune explication du but de leur contact avec eux**.

Le mouvement a entraîné un processus de progrès et de rechute. Lors de négociations ouvertes, les participants les ont ressenties comme étant productives. Ils se sont **sentis inclus dans le processus décisionnel**. Lorsque la négociation faisait défaut, les participants ont estimé que le service ne leur faisait pas confiance et ils ont dû constamment «faire leurs preuves». Deux participants qui ne se sentaient intégrés dans aucune équipe ont vécu leur contact comme une série de rendez-vous en consultation externe. **Cette situation s'est aggravée par le fait de voir une succession de médecins** plutôt que leur médecin consultant. Après avoir établi un certain lien, ils ont dû passer à un autre médecin. Cela a conduit d'abord à la frustration, puis à l'indifférence, ce qui indique **l'importance des contacts soutenus** dans la construction de relations productives.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude a révélé que les personnes ayant un BPD ont perçu leurs contacts avec les services de psychiatrie comme un voyage à travers un système. Le système de santé mentale peut apparaître comme un environnement effrayant pour des personnes dans un état élevé de détresse. Parfois, les professionnels de santé n'ont même pas donné de simples explications sur le rôle et les fonctions des services ou pourquoi leur médecin généraliste les avait envoyés. La paranoïa des participants ont rendu des situations de groupe particulièrement anxiogènes.

Faire confiance à d'autres personnes était une difficulté pour tous les participants. Le lien étroit entre le BPD, des abus durant l'enfance (Herman et al. 1989) et une faible estime de soi, fait de leurs relations interpersonnelles déficientes l'aspect le plus frappant de la population atteinte de BPD (Higgitt & Fonagy, 1993). Par conséquent, la création et le maintien des relations est particulièrement difficile pour ce groupe de personnes. **La difficulté à faire confiance à d'autres personnes est devenue un obstacle à la création de relations à long terme.** Cela a conduit à un autre paradoxe, à savoir que ce sont des relations à long terme avec les professionnels de santé mentale, des partenaires ou parfois une combinaison des deux qui ont contribué à favoriser des changements positifs. **Des contacts brefs et à court terme** ont également été considérés comme contenant des émotions pénibles en période de crise émotionnelle. **Cela implique un rôle crucial pour le personnel infirmier**, placé entre des tâches médicales orientées et la thérapie d'expert, étant donné qu'ils possèdent les compétences en communication nécessaires pour fournir **des contacts de soutien**.

La prise de conscience que des histoires d'abus dans le passé puissent être la raison d'un comportement perturbé peut prévenir le développement d'attitudes négatives. **La formation du personnel pourrait être réalisée dans ce domaine** ; le personnel hautement qualifié agissant comme intervenant clé pourrait commencer ce processus car il semble avoir eu un impact bénéfique sur la prise en charge de plusieurs participants. L'automutilation **est susceptible de provoquer des réactions négatives de la part du personnel** (Dunleavey 1992, Burrow, 1994). Elle a conduit à la culpabilité et à la honte, qui a renforcé une baisse d'estime de soi et un sentiment d'isolement social.

L'amélioration des soins a été identifiée comme aidante avec la mise en œuvre de la CPA. Des réunions de CPA ont permis une communication ouverte et honnête et de **partager en équipe la responsabilité des comportements très difficiles**. Un changement positif a impliqué des objectifs négociés avec une perspective réaliste à long terme, facilitée par un référent accessible. L'accessibilité a été identifiée comme aidante avec des qualités humaines et non de proximité. Une approche d'équipe pour soigner des personnes atteintes de BPD, **incluant des discussions régulières d'interventions**, a été **suggérée comme stratégie pour aider à prévenir la division des équipes** (Gallop 1985) et prévenir les soins non spécifiques et réactifs (Gallop 1992).

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Les participants ont identifié les relations avec d'autres personnes comme étant la chose la plus importante du service. Le personnel infirmier a un rôle vital à jouer en offrant toute **une gamme de relations contenantantes** dans des lieux variés.

Le caractère impulsif et l'instabilité affective des personnes avec un BPD indiquent que **des services doivent être développés**, qu'ils doivent être **accessibles et flexibles pour les besoins de ce groupe**. Les plans de soins flexibles et des infirmières de psychiatrie communautaire présentes en dehors des heures de prestation dans les services d'urgence et de traumatologie sont des exemples de cela. Dans cette étude, l'introduction de la CPA a montré un meilleur service intégré où la communication a été améliorée et les **patients se sont sentis comme faisant partie du processus de planification des soins**. L'amélioration des soins a aussi été associée à **une prise de conscience accrue de la relation entre le comportement actuel d'une personne et les événements passés**. **Informé le personnel infirmier** était essentielle dans ce contexte. Un personnel hautement formé agissant comme formateur clé pourrait enseigner cela. Une meilleure compréhension du BPD devrait faire partie du programme d'étude en soins infirmiers.

ETHIQUE

Une **autorisation éthique a été obtenue d'un comité local d'éthique** de la recherche. La nature volontaire de la participation, une explication complète de l'étude et ses avantages probables, ont été rendues explicites sur la fiche d'information de la recherche et des limites claires ont été établies pour les participants. Les participants ont été informés qu'ils pourraient mettre fin à l'interview à tout moment.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Selon l'auteur : Il s'agissait d'une étude à petite échelle et beaucoup de travail supplémentaire est nécessaire dans ce domaine.

Remarques personnelles

Nous avons peu d'études centrées sur le patient ; nous avons trouvé davantage d'études qui parlent des soignants ; celle-ci nous a donc paru intéressante pour cet aspect. Malgré une petite taille d'échantillon, la recherche a soulevé de nombreux thèmes.

Dans la première catégorie, « Vivre avec une personne souffrant de BPD », sont bien décrits les sentiments de désespoir, de perte d'espoir et de dépression vécus par les patients. L'automutilation est nommée mais les points intéressants à relever pour la pratique sont :

→ La réticence des professionnels à **dire le diagnostic aux patients** alors que ceux-ci expriment un soulagement quand on le leur annonce.

La deuxième thématique « la réponse des services » : ces points relevés par les patients peuvent ouvrir sur une réflexion pour notre pratique :

→ En cas de crise les patients ont montré que la qualité des relations individuelles a influencé qui a été a été contacté en premier ; des **référents** étaient habituellement le premier point de contact.

→ **La flexibilité, l'accessibilité aux services** (par exemple pouvoir joindre les services à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit) et des plans de soins flexibles (par exemple des admissions facilitées à l'hôpital) ont été mentionnés comme aidants.

- Ils ne demandaient pas une thérapie, souvent juste **d'être écouté et qu'on leur octroie du temps et un soutien affectif**.
- Ils ont relevé avec ambivalence la maîtrise de leurs comportements perturbés. Ils se sentaient en colère par des restrictions de liberté **imposées mais ils ont décrit se sentir plus en sécurité** si leurs émotions étaient contenues.
- L'importance d'avoir si possible **un référent** avec qui une bonne relation thérapeutique avait été établie est soulignée.
- Les participants se sont sentis inclus dans le processus de soin lorsque les **objectifs avaient été négociés avec les soignants**.

Dans le troisième thème, « les relations » nous relevons ces éléments pour notre pratique :

- Les relations étaient perçues comme étant la variante la plus importante du soutien dans la vie des participants (proches et personnel de santé).
- Les qualités qui ont facilité des **relations** durables ont été démontrées par des personnes qui ont fait preuve de **calme, de patience, de compétences, de flexibilité, d'empathie et d'intérêt envers eux** en tant que personnes. Les personnes qui ont été honnêtes avec eux et qui ont établi des limites claires, sans être punitives ou jugeantes, ont été identifiées comme des personnes en qui ils pouvaient avoir confiance.

Dans le quatrième thème « voyage à travers le système » :

- Ils ont fait émerger le besoin d'avoir une explication concernant les rôles des individus qu'ils voyaient ou le but de leur contact avec eux.
- **Être inclus dans le processus décisionnel** leur a permis de se sentir productifs.
- Il est important d'avoir **des contacts soutenus pour construire une relation** (par exemple, éviter une succession de médecins).

Dans les discussions et conclusions, ces aspects sont à retenir pour notre pratique :

- La prise de conscience que des histoires d'abus dans le passé puissent être la raison d'un comportement perturbé peut prévenir le développement d'attitudes négatives. La formation du personnel pourrait être réalisée dans ce domaine.
- **Partager en équipe la responsabilité des comportements très difficiles**. Une approche d'équipe pour soigner des personnes atteintes de BPD, incluant des discussions régulières d'interventions, a été suggérée comme stratégie pour aider à prévenir la division des équipes.

Au point de vue de la méthodologie, la structure permet de comprendre la démarche. Hormis la critique que nous pouvons faire sur la taille de l'échantillon, les résultats permettent une réflexion sur notre rôle de soignants auprès des patients souffrant de BPD et confèrent un intérêt pour notre pratique. Les objectifs de la recherche sont clairs ; une question est nommée. L'éthique est respectée.

Recherche 18 : Commons Treloar, 2009

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Commons Treloar, A. J. (2009). Effectiveness of Education Programs in Changing Clinicians' Attitudes Toward Treating Borderline Personality Disorder. <i>Psychiatric service</i> , 60(8), 1128-1131.	
PAYS	
Australie et Nouvelle-Zélande	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	Cette étude visait à combler l'écart dans la littérature en comparant l'impact de deux types de programmes d'éducation (cognitivo-comportemental et psychanalytique) sur l'attitude des cliniciens envers les comportements d'automutilation chez des patients atteints de BPD et l'impact de ces programmes sur le travail avec des patients atteints de ce trouble. Des programmes d'éducation qui ont utilisé le cadre cognitivo-comportemental de la thérapie comportementale dialectique ou le cadre psychanalytique de masochisme moral ont été donnés aux cliniciens entre Janvier 2007 et Mars 2008.
Question de recherche/Hypothèses	Pas nommées par l'auteure
Concepts et théories	Une revue de littérature n'a pas réussi à trouver des distinctions entre les différents cadres théoriques qui peuvent être enseignés dans les programmes de formation afin de susciter une amélioration des attitudes des cliniciens. Une approche couramment utilisée dans les services publics de santé mentale est l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale , qui identifie le désordre comme découlant d'un problème biologique avec une régulation émotionnelle (Linehan, 1993). Ces problèmes de régulation se combinent ensuite avec un environnement de l'enfance qui a été invalidant pour les émotions du patient, créant un cycle de l'affect intense (Linehan, 1993). L'invalidation chronique des réponses émotionnelles a pour conséquence que le patient développe des compétences de coping inadéquates pour mener une vie normale. Les épisodes

	<p>d'automutilation observés chez ces patients sont conceptualisés comme un moyen de faire face à l'affect intense (Linehan, 1993). La thérapie cognitivo-comportementale, en particulier une forme connue comme la thérapie comportementale dialectique, a démontré son efficacité dans le traitement du BPD (Leichsenring & Leibling, 2003). L'efficacité de ce cadre théorique pour faciliter la compréhension et l'empathie du clinicien n'a pas encore fait l'objet d'études.</p> <p>Des cadres conceptuels plus traditionnels de la personnalité limite découlent du paradigme de la psychanalyse. Un des premiers pionniers à parler des tendances masochistes de certains patients, y compris les comportements d'automutilation, était Sigmund Freud (Freud, 1924). Il a décrit une forme morale de masochisme « où l'objet, à la suite d'un sentiment inconscient de culpabilité, cherche la position de victime sans qu'aucun plaisir sexuel ne soit directement impliqué » (Laplanche & Pontalis, 1988). L'auteur dit avoir observé, lors du traitement de ces patients que souvent un sentiment de culpabilité et un besoin de punition sont exprimés avant, pendant ou après un acte d'automutilation. En suivant la ligne freudienne d'une pensée sur le masochisme moral, la véritable source de cette culpabilité n'est pas un facteur immédiat de stress dans l'environnement du patient, la source est plutôt rattachée à un traumatisme passé (McAllister, 2003, Van der Kolk, 1989). Bien que ce soit un concept développé en 1924, l'auteur a réussi à utiliser le principe moral de masochisme dans la conceptualisation des troubles du comportement et, par conséquent, il peut avoir une certaine valeur dans la formation des cliniciens à comprendre des comportements d'automutilation, observés dans la présentation aujourd'hui du BPD.</p>
<p>MÉTHODES</p>	
<p>Devis de recherche</p>	<p>Etude exploratoire (quantitative)</p>
<p>Population et contexte</p>	<p>A cette étude ont été invités à participer des cliniciens en médecine d'urgence et des cliniciens en santé mentale, en provenance de deux services de santé australiens (Ballarat Health Services et Barwon Health) et d'un service de santé en Nouvelle-Zélande (Nelson Marlborough District Health Board) qui ont été enregistrés en tant que praticiens de santé et qui ont eu un certain contact avec les patients souffrant de BPD. Parmi les 445 cliniciens qui ont été invités à participer à cette étude, 140 ont répondu (31% de taux de réponse globale). 41 (29%) ont été affectés au groupe contrôle, 50 (36%) ont été assignés au groupe cognitivo-comportemental, et 49 (35%) ont été assignés au groupe psychanalytique.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Un questionnaire sur les attitudes à l'égard de l'automutilation a été utilisé pour évaluer les attitudes des cliniciens en santé mentale et en médecine d'urgence (N = 65), avant et après avoir assisté à un programme de formation ainsi que six mois après. Une procédure en plusieurs étapes, avec un échantillonnage aléatoire a été utilisée pour attribuer les participants aux trois groupes : le programme de formation cognitivo-comportementale, celui de formation psychanalytique, et le groupe contrôle (aucun programme d'éducation).</p>

	<p>Les participants ont reçu un questionnaire démographique (genre, années d'expérience, scolarité formelle, occupation principale, service, et moyenne de contacts (cliniques) avec des patients atteints du trouble de la personnalité borderline) ; ils ont reçu le « Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire » (ADSHQ) (Traduction libre : Questionnaire des Attitudes à l'égard de l'Automutilation) (McAllister et al., 2002). Tous les participants ont été invités à répondre à l'ADSHQ en pensant seulement à leurs contacts avec les patients qui se sont automutilés et qui ont été diagnostiqués comme ayant un BPD. L'ADSHQ se compose de 33 items évalués sur une échelle à 4 points de Likert allant de 1, fortement en désaccord, à 4, entièrement d'accord. Afin de réduire le biais de réponse, un tiers des articles sont formulés négativement. Les scores possibles vont de 33 à 132, avec des scores plus élevés indiquant des attitudes plus positives. Les items de l'échantillon sont «Traiter avec les patients qui s'automutilent est une perte de temps pour les professionnels de la santé», «Je traite de façon efficace les patients qui s'automutilent », et «Les patients qui s'automutilent bloquent le système." Dans l'étude présentée ici, le coefficient alpha de Cronbach pour l'échelle totale a été satisfaisante (0,75).</p> <p>Les premières 45 minutes des deux types de formations comprenaient les résultats de la recherche sur les attitudes à l'égard des BPD, les taux de prévalence, les critères diagnostiques du DSM-IV, les facteurs étiologiques, les définitions et les taux d'automutilation et de suicide, et les réponses thérapeutiques aux troubles de la personnalité borderline. Les 45 minutes suivantes ont été consacrées à la discussion et à l'illustration des concepts applicables des débats théoriques du BPD, en utilisant trois études de cas de patients de sexe féminin, diagnostiquées comme ayant ce trouble. Le programme de formation cognitivo-comportementale (qui comprenait une approche de thérapie comportementale dialectique) a utilisé ces trois études de cas pour illustrer l'utilisation de l'automutilation comme un moyen de moduler les expériences pénibles chez les patients qui avaient développé une instabilité en raison d'un processus d'invalidation dans leur enfance. Le programme d'éducation psychanalytique (qui comprenait le cadre théorique de masochisme moral) a utilisé ces trois études de cas pour illustrer l'utilisation de l'automutilation comme un processus permettant de se décharger d'un sentiment de culpabilité inconscient. Le programme de formation psychanalytique détaille comment les femmes dans les études de cas avaient subi une forme de traumatisme psychologique dans l'enfance, élément qui était réveillé par des facteurs de stress sociaux actuels. Des guidelines cliniques, y compris des lignes directrices sur l'intervention de crise dans les départements d'urgence (Mitchell, 2000) et le guide de pratique clinique nationale sur l'automutilation (British Psychological Society, 2004), ont été discutés au cours des 30 dernières minutes de la conférence.</p> <p>A la fin du programme de formation, on a demandé à tous les participants des groupes expérimentaux de compléter à nouveau l'ADSHQ. Six mois après avoir complété les mesures (pour le groupe contrôle) ou après avoir participé au programme de formation (pour les deux groupes expérimentaux), les participants ont reçu le questionnaire ADHDQ par la poste.</p>
--	--

RÉSULTATS

Sur les 140 cliniciens qui ont participé au programme de recherche original, 22 (16%) avaient quitté les services de santé avant les six mois de suivi. Par conséquent, **seulement 118 (84%) cliniciens étaient disponibles pour participer à l'étude. Parmi ceux-ci, 65 participants (55%) ont répondu à la demande de suivi.** 25 (38%) étaient du groupe expérimental psychanalytique, 18 (28%) étaient du groupe expérimental cognitivo-comportementale, et 22 (34%) étaient du groupe contrôle. Parmi ces 65 participants, 26 (40%) étaient de sexe masculin et 39 (60%) étaient de sexe féminin. 48 (74%) provenaient de services de santé mentale. Les 17 autres (26%) étaient des cliniciens en médecine d'urgence. **Dans cet échantillon, 47 (72%) étaient des infirmières, 11 (17%) étaient des professionnels du domaine paramédical, et sept (11%) étaient des médecins.** Presque la moitié d'entre eux détenaient des qualifications post grades (N = 32, 49%), 25 (38%) avaient un diplôme universitaire, et huit (12%) avaient une formation en milieu hospitalier. 26 (40%) ont déclaré avoir plus de 16 ans d'expérience clinique, et 14 (22%) ont fait état de cinq ans ou moins. En termes de fréquence de contacts avec les patients souffrant de BPD, 14 (22%) avaient des contacts quotidiens, 31 (48%) avaient des contacts hebdomadaires, neuf (14%) avaient des contacts toutes les deux semaines, et 11 (17%) avaient des contacts mensuels ou moins fréquents.

En termes de formation préalable, 32 (49%) ont dit qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur le BPD. La proportion de femmes était significativement moindre dans le groupe contrôle que dans les deux autres groupes, mais il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives entre les groupes en termes de lieux de services, de niveau de formation, d'années d'expérience, de formation préalable sur le BPD, de fréquence des contacts, et des domaines professionnels. Après un examen de l'ensemble des données qui a révélé une distribution normale et une variance égale, des analyses univariées et multivariées ont été effectuées.

Les données pour les deux groupes expérimentaux ont indiqué une amélioration statistiquement significative dans les scores d'attitudes immédiatement après le programme d'éducation, avec des effets de taille moyenne. Après six mois de suivi, l'amélioration statistiquement significative dans les scores d'attitude a été maintenue uniquement pour le groupe psychanalytique, avec un effet de petite taille. Bien que le score à l'ADSHQ de suivi pour le groupe cognitivo-comportemental soit plus élevé que le score avant la formation, la différence n'était pas significative. Comme prévu, pour les participants du groupe contrôle il n'y avait aucun changement significatif par rapport au départ dans les scores de l'ADSHQ.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'accès à la formation clinique sur le BPD peut améliorer les attitudes des cliniciens de santé mentale et de médecine d'urgence ; ces résultats suggèrent que l'accès régulier à une telle formation peut aider à maintenir une attitude positive, parce que les attitudes améliorées sont maintenues pour les deux groupes de formation à six mois de suivi.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans cette cohorte de participants, une amélioration statistiquement significative des attitudes envers les patients atteints de BPD et une compréhension de tous les comportements associés à l'automutilation ont été trouvées immédiatement après avoir suivi un programme de formation, à travers les deux cadres théoriques, **psychanalytiques et cognitivo-comportementales. Les deux concepts semblent être en mesure d'améliorer les attitudes des cliniciens**

en santé mentale et de médecine d'urgence. Pour répondre aux difficultés actuelles décrites dans la littérature au sujet des attitudes négatives qui existent envers ce trouble complexe, il semble que **l'accès à diverses formes d'éducation clinique peut améliorer les attitudes.** L'accès à la formation clinique ciblée est donc proposé pour tous les cliniciens qui entrent en contact psychothérapeutique ou médical avec les patients atteints de BPD.

Après six mois, l'amélioration statistiquement significative dans les scores d'attitude, observée pour les participants dans le groupe cognitivo-comportemental, n'a pas été maintenue. Même s'il est considéré par la recherche empirique comme une option thérapeutique efficace (Linehan, 1993, Leichsenring & Leibing, 2003), **le paradigme cognitivo-comportementale a montré des résultats limités dans sa capacité à maintenir une amélioration des attitudes des cliniciens sur une plus longue durée.** Le groupe psychanalytique, qui a reçu une formation sur le cadre théorique du masochisme moral, a montré une légère baisse dans les scores d'attitude après six mois, mais les améliorations statistiquement significatives dans leurs scores d'attitude ont été maintenues avec une petite taille d'effet. Bien que les scores de base soient plus faibles pour le groupe psychanalytique par rapport au groupe cognitivo-comportemental, il faut en tenir compte dans l'interprétation des changements de score au suivi ; **la signification statistique des résultats trouvés ici suggèrent que les cliniciens qui reçoivent une éducation sur les processus inconscients qui sous-tendent l'automutilation peuvent développer une plus grande capacité d'empathie avec les difficultés inhérentes aux patients.**

La conceptualisation d'une perturbation de comportement du BPD, selon un cadre cognitivo-comportemental, implique un niveau de conscience par les patients de l'automutilation pour soulager la détresse et faire face à un état affectif éveillé. La difficulté est que la présentation répétée de comportements d'automutilations ne semblent pas susciter de réponses empathiques par les cliniciens, car ils sont nombreux à estimer ces comportements comme étant manipulateurs (Potter, 2006). Le concept moral de masochisme de Freud en 1924 suggère que les patients atteints de BPD, qui s'automutilent inconsciemment, montrent une responsabilité réduite de leur comportement. **Permettre aux cliniciens de développer une meilleure compréhension des processus inconscients** semble contribuer à une plus grande reconnaissance de la complexité de ce trouble.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

L'évaluation de l'impact direct du changement d'attitude des cliniciens sur la pratique clinique était au-delà de la portée de cette étude et reste un sujet de recherches futures.

En résumé :

- Les deux concepts semblent être en mesure d'améliorer les attitudes des cliniciens en santé mentale et de médecine d'urgence.
- Après six mois de suivi, l'amélioration statistiquement significative des attitudes a été maintenue uniquement pour le groupe psychanalytique.
- L'accès à diverses formes d'éducation clinique peut améliorer les attitudes. L'accès à la **formation clinique ciblée** est donc proposé pour tous les cliniciens qui entrent en contact psychothérapeutique ou médical avec les patients atteints de BPD.
- Les cliniciens qui reçoivent **une éducation sur les processus inconscients** qui sous-tendent l'automutilation peuvent développer une plus grande capacité d'empathie avec les difficultés inhérentes aux patients. Il faut donc permettre aux cliniciens de **développer une meilleure compréhension de ces processus inconscients** (sentiment inconscient de culpabilité).

- ➔ L'accès régulier à une telle formation **peut aider à maintenir une attitude positive**, parce que les attitudes améliorées sont restées pour les deux groupes de formation après six mois de suivi.
- ➔ Les cliniciens qui reçoivent une éducation sur les processus inconscients qui sous-tendent l'automutilation peuvent développer une plus grande capacité **d'empathie** avec les difficultés inhérentes aux patients.

ETHIQUE

Les participants ont reçu un exposé des motifs et le formulaire de consentement. L'étude a reçu l'approbation éthique de l'Université Monash et des trois services de santé.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Limites à cette étude (selon l'auteur)

L'ADSHQ nécessite que les participants répondent avec une indication claire, d'accord ou pas d'accord, sans réponse neutre permise, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir quelques améliorations fonctionnelles. D'autres limites de cette étude sont liées à la taille de l'échantillon. Une réplique de cette étude avec un échantillon plus large est recommandée afin de comprendre de façon plus approfondie l'utilisation des différents cadres théoriques dans la formation clinique.

Remarques personnelles

Le résumé est très clair et indique de façon distincte les différents éléments de la recherche. Il s'agit d'une recherche relativement récente (2009) ; elle étudie et compare deux théories pour traiter la problématique du BPD et observer leurs effets sur les attitudes des soignants : cette approche différente nous a semblé intéressante et en lien avec la thématique de notre BT. Les deux concepts sont bien expliqués au début de l'étude et permettent de mieux comprendre la suite. Un aspect intéressant de la recherche concerne l'explication du déroulement et du contenu des cours proposés lors des formations (une partie théorique, des études de cas de patients BPD et au final une discussion sur les guidelines).

L'éthique est respectée bien que peu élaborée dans le compte-rendu de la recherche. Les résultats et les discussions sont précis et encouragent la formation du personnel qui travaille auprès des patients souffrant du trouble borderline.

Recherche 19 : Hazelton et al., 2006

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE	
BIBLIOGRAPHIE	
Hazelton, M., Milner, J. & Rossiter, R. (2006). Managing the « unmanageable »: Training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. <i>Contemporary Nurse</i> , 1, 120-130.	
PAYS	
Australie	
INTRODUCTION	
Buts/ Objectifs	<p>Cet article rapporte les résultats d'une étude sur l'évaluation de la formation du personnel à l'utilisation de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans le cadre d'un projet plus vaste qui vise à introduire cette intervention dans un service régional de santé mentale publique dans le New South Wales, en Australie. Cette étude porte sur les connaissances du personnel, les attitudes et l'expérience avec les patients atteints de BPD avant et après une formation sur la TCD. Le principal objectif est de rapporter les résultats des entrevues de groupe.</p> <p>Les objectifs du programme de formation sont : <i>Pour la formation de base de deux jours :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. permettre aux participants d'identifier les mythes et les préjugés qui influencent leurs interactions avec les patients ayant un BPD; 2. enseigner les concepts théoriques fondamentaux qui sous-tendent la TCD; 3. présenter une vue d'ensemble des processus et des stratégies utilisées dans la TCD; 4. permettre aux participants de développer une compréhension dans le travail avec les patients, en utilisant une approche de TCD grâce à des exercices interactifs et des activités expérientielles y compris une pratique de pleine conscience; 5. donner une compréhension de base à partir de laquelle les participants peuvent faciliter la mise en pratique de la TCD au sein du MHS (Mental Health Service/ Traduction libre : Service de Santé Mentale).

	<p>Pour la formation continue de deux jours :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. continuer à développer la compréhension des participants au sujet des concepts théoriques, des processus et des stratégies relatives à la TCD; 2. élargir la compréhension des participants dans le travail avec des patients, en utilisant une approche de TCD par d'autres exercices interactifs et activités expérientielles y compris une pratique de pleine conscience, l'utilisation d'un journal et la pratique de devoirs; 3. donner une base à partir de laquelle les participants pourront développer leur pratique en tant que thérapeutes de la TCD.
<p>Question de recherche/Hypothèses</p>	<p>Pas mentionnées par les auteurs</p>
<p>Concepts et théories</p>	<p>La TCD a été décrite comme «la plus remarquable stratégie thérapeutique pour les patients borderline» (Gunderson 2001: 329) parue depuis 1987, notamment grâce à sa «capacité à dynamiser et à maintenir l'enthousiasme pour traiter un groupe de patients qui ont souvent démoralisé les précédentes générations de cliniciens » (Swenson 2000: 87). Avec son fondement dans la théorie psychosociale, la TCD approche le patient souffrant de BPD comme résultant d'une longue transaction de la vie entre un tempérament vulnérable et un environnement invalidant, ce qui conduit à de graves déficits dans la régulation des émotions et à des problèmes de motivation (Swenson et al., 2001). En travaillant avec les personnes diagnostiquées du trouble borderline, les thérapeutes utilisant la TCD combinent une «résolution de problèmes, fondée sur des principes et des techniques comportementales, avec une attitude d'acceptation incluant la validation, l'empathie et une acceptation inconditionnelle des choses telles qu'elles sont 'dans le moment présent' » (Swenson et al 2001: 308). En 2002, un service de santé mentale (dorénavant nommé «le MHS ») situé dans la région de New South Wales a pris la décision de mettre en œuvre un programme de TCD. Une caractéristique particulière de ce projet est que la plupart des employés qui suivent une formation initiale et avancée sur la TCD, étaient des infirmières ; la majorité d'entre elles n'avaient pas reçu de formation préalable ou n'avaient pas d'expérience dans ce type d'intervention.</p> <p>Contexte</p> <p>La planification a débuté en mai 2002 pour un projet d'instaurer la TCD au sein du MHS. Une revue de littérature a identifié un certain nombre d'études prônant l'efficacité de la TCD pour le patient souffrant de BPD, où le programme de traitement est assuré par des professionnels de la santé ayant une formation spécialisée dans les traitements psychologiques (Swenson et al. 2001; Linehan et al. 1991; Linehan et al. 1993; Bohus et al. 2000; Miller et al. 1997; Swenson et al. 2002; Verheul et al. 2003; Robins & Chapman 2004). En revanche, le projet de TCD abordé dans cet article a cherché à déterminer si la TCD pourrait être effectivement instaurée dans des services de santé mentale standards. Le projet comportait deux volets de recherche simultanés : d'abord, une étude sur les connaissances du personnel, les attitudes et l'expérience avec les patients atteints de</p>

	<p>BPD avant et après une formation sur la TCD - l'étude décrite dans cet article, d'autre part, une étude des résultats cliniques et sociaux pour les patients suivant une TCD - qui est actuellement en cours.</p> <p>Le MHS existait depuis une dizaine d'années au moment de l'entrée en vigueur du projet, et propose des services à près de 214.000 personnes. Les services existants comprenaient une équipe d'une unité hospitalière de 24 lits, des équipes de santé mentale communautaire et de réadaptation psychiatrique, un service de liaison de consultations psychiatriques, et une infirmière-praticienne de santé mentale. Bien que le personnel ait identifié le besoin d'améliorer les services pour les personnes ayant un BPD, les attitudes punitives et les systèmes de croyances pessimistes semblaient permanents, même parmi le personnel récemment recruté et les étudiants en stage clinique.</p>
<p>MÉTHODES</p>	
<p>Devis de recherche</p>	<p>Etude descriptive quantitative et qualitative</p>
<p>Population et contexte</p>	<p>94 participants ont entrepris la formation de base. Ils incluaient tout le personnel des équipes hospitalières et communautaires au sein du service de santé mentale : des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, en provenance de services locaux de toxicomanie et d'alcool, du personnel infirmier des urgences et des hôpitaux régionaux, un pharmacien, du personnel paramédical et du personnel infirmier d'un service de réadaptation psychiatrique ainsi que des représentants des services de soins infirmiers infantiles et familiaux. Les participants à la formation avancée (n = 20) étaient du personnel qui avait exprimé son intérêt à travailler soit comme thérapeute individuel soit comme formateur pour la mise en pratique du projet de la TCD. Les infirmières représentent 66,7% des participants (n=43) au début de l'étude.</p>
<p>Collecte des données (outils) et analyse</p>	<p>Le programme de formation du personnel a la TCD Avant que le programme de TCD puisse être établi, il était nécessaire d'introduire l'ensemble du personnel aux principes et aux pratiques de la TCD et de commencer la formation de ceux qui allaient devenir des thérapeutes et des formateurs. Les stratégies de traitement dans la TCD sont axées sur l'acceptation / le changement. Des techniques orientées vers le changement s'inspirent fortement de la thérapie comportementale et cognitive, de principes psychologiques et de la recherche dans des domaines tels que l'apprentissage, les émotions, l'influence sociale et les croyances. Les techniques d'acceptation (tant pour les patients que pour les thérapeutes) sont basées sur les thérapies centrées sur le client et axées sur l'émotion et les principes du Zen (Robins & Chapman 2004). La figure ci-dessous présente les principales composantes du programme de TCD, développée par Linehan (1993a; 1993b) et adoptée dans la MHS.</p>

	<p>Thérapie individuelle 1 heure par semaine : se concentrer sur la négociation et faire un contrat pour le traitement, un entretien de motivation, l'analyse et la résolution de problème.</p> <p>Groupe de Formation 2,5 heures par semaine : se concentrer sur le développement des compétences de pleine conscience (diminuer l'impulsivité en améliorant l'observation, la description et la participation), des compétences de tolérance à la détresse (par l'acquisition et l'utilisation de distractions, d'auto-apaisement, en améliorant le moment, en pensant aux avantages et aux inconvénients et à l'acceptation inconditionnelle), des compétences de régulation des émotions (tenir compte des mythes sur les émotions et apprendre à observer et à décrire les émotions), et des compétences d'efficacité interpersonnelle (apprendre à dire non aux demandes non désirées et à demander ce que l'on veut).</p> <p>Coaching Téléphonique L'encouragement à faire de brefs téléphones appropriés amène à pratiquer une communication ouverte plutôt que de cacher certains éléments tels que l'automutilation; demander de l'aide en utilisant des compétences acquises en thérapie, aider à améliorer la relation thérapeutique.</p> <p>Consultation du thérapeute La supervision et le soutien des pairs, en utilisant les mêmes stratégies que celles utilisées pour les patients.</p> <p>Priorités du traitement de la TCD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le suicide et les comportements autodestructeurs; 2. Les comportements interférant avec la thérapie - à la fois des patients (par exemple, rendez-vous manqués) et des thérapeutes (par exemple, être irrité à l'idée de voir les patients); 3. Les comportements interférant avec la qualité de vie (par exemple, la toxicomanie, les relations abusives); 4. Une thérapie de stress post-traumatique (exploration des traumatismes du passé). <p>Adapté de Krawitz & Watson (2000 : 22).</p>	
<p>L'élaboration et la mise en œuvre du programme de formation de la TCD inclut le fait de : se concentrer sur les difficultés identifiées dans la gestion actuelle des personnes ayant un BPD et initier la mise en pratique d'une approche fondée sur des preuves pour le traitement ; identifier les difficultés du service, planifier des interventions, mettre en œuvre et évaluer l'efficacité de la mise en pratique; rééduquer, à savoir cibler les modes de pensée, des attitudes et des comportements qui</p>		

	<p>sont actuellement bien ancrés à la fois auprès des membres du personnel et du service ; et contester les pratiques actuelles dans une perspective participative. À un stade précoce, la décision a été prise de commencer la formation avec des exercices conçus pour permettre aux participants d'articuler les «mythes» et les «déclarations» rencontrés dans le cadre du travail avec les personnes ayant un BPD. Le programme a également intégré les principes d'apprentissage pour adultes (Babcock & Miller, 1994), avec un fort accent mis sur les techniques d'apprentissage par l'expérience (Lyons, 1999; Gilmartin, 2000).</p> <p>Méthodes de recherche</p> <p>L'étude a été réalisée en trois étapes. Dans la première étape, un questionnaire (basé sur celui de Cleary et al., 2002) a été utilisé pour recueillir des données sur les connaissances du personnel, les attitudes et l'expérience avec les patients atteints de BPD avant la formation (n = 69). Au cours de cette phase, un certain nombre d'employés ont également été invités à participer à des entrevues de groupe (n = 24). Dans la deuxième étape, le questionnaire a été ré-administré (N = 38) et une nouvelle série d'entrevues de groupe de discussion (n = 20) a été réalisée un mois après avoir terminé le programme de formation. Dans la troisième étape, le questionnaire a été administré de nouveau (n = 24) et les groupes de discussion ont été répétés (n = 18), 6 mois après la formation.</p> <p>Les données de l'enquête ont été soumises à une analyse descriptive (taux principalement observés et fréquences simples) à l'aide du logiciel SPSS. Une analyse du discours (Potter & Wetherell 1987, 1995; Wetherell et Potter, 1992; Lupton 1992) a été utilisée pour analyser les données des groupes de discussion. Cette méthodologie de recherche interprétative porte principalement sur la structure et la fonction des discours. Une analyse textuelle a été utilisée pour «donner un sens» à leurs contacts avec les patients atteints de BPD. Une analyse contextuelle a abordé la fonction sociale de ce discours, en explorant comment ces significations influencent les relations des participants avec ce groupe de patients.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	
<p>Données du sondage</p> <p>Dans les trois étapes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Les infirmières étaient la catégorie la plus fortement représentée. «Hospitalière» était la place de travail la plus fortement représentée à toutes les étapes. Les participants ont également été interrogés sur leur implication à l'égard du BPD et sur la formation à la TCD. Au départ, un peu plus de 20% (n = 15) ont indiqué avoir eu une formation préalable à la prise en charge des personnes atteintes d'un BPD. À la fois à 1 et à 6 mois après la formation, la proportion de participants qui a déclaré avoir suivi le programme de formation initiale sur la TCD avoisine le 100% (1 mois, n = 38; 6 mois, n = 23). Dans ces deux étapes, un pourcentage beaucoup plus faible a déclaré avoir terminé la formation avancée (1 mois : 31,6%, n = 12 ; 6 mois : 45,8%, n = 11).</p> <p>Les participants ont été interrogés sur la fréquence des contacts et sur leur perception de l'adéquation dans la gestion des patients atteints de BPD. Dans les trois stades, plus des trois quarts des participants ont signalé des contacts allant de quotidiens à hebdomadaires. Les données de base ont révélé que</p>	

près de 90% (n = 60) des participants ont perçu la gestion des patients avec un BPD comme inadéquate. Au 1er mois après la formation, la proportion de ceux qui estiment que la gestion du BPD était inadéquate était de 80% (n = 30). 6 mois après la formation, la proportion était de 50% (n = 12). Plusieurs éléments de l'enquête ont testé les « connaissances des participants sur le diagnostic et le traitement du BPD ». Une grande majorité des participants a convenu à chaque étape que le diagnostic du DSM-IV sur le BPD est caractérisé par une « humeur instable » (à la base: 84,6%, n = 55; à 1 mois: 89,5%, n = 34; à 6 mois: 82,6%, n = 19) et un « comportement impulsif » (à la base: 88,1%, n = 59; à 1 mois: 97,4%, n = 38; à 6 mois: 95,8%, n = 23). Cependant, plus d'un quart des participants, à chaque étape, ne savaient pas ou ont convenu qu'un « ego surdimensionné » caractérisait le BPD (à la base: 50%, n = 32; à 1 mois: 29,7%, n = 11; à 6 mois: 30,4%, n = 7). **Une forte proportion de participants est « d'accord » que « la psychothérapie à court terme peut être bénéfique dans les situations de crise avec des personnes ayant un BPD »** (à la base: 73,1%, n = 49; à 1 mois: 71,8%, n = 28; à 6 mois: 75% n = 18) et est « en désaccord » avec le fait que « les antidépresseurs ne sont d'aucune utilité dans la dépression associée au trouble borderline » (à la base: 65,7%, n = 44; à 1 mois: 89,7%, n = 35; à 6 mois: 79,2% n = 19). Dans les trois stades, plus de la moitié des participants ont sélectionné soit « d'accord » (à la base: 43,9%, n = 29; à 1 mois: 46,2%, n = 18; à 6 mois: 39,1%, n = 9) soit « je ne sais pas » (à la base: 7,6%, n = 5; à 1 mois: 5,1%, n = 2; à 6 mois: 13,0% n = 3) lorsque la déclaration suivante est abordée: « les patients atteints de BPD ne doivent pas être hospitalisés ».

L'enquête a aussi testé les **connaissances des participants**. Dans toutes les étapes, la majorité a déclaré être « modérément » ou « un peu » compétent dans:

- l'identification (à la base: 78,8%, n = 53, à 1 mois : 74,4%, n = 29; à 6 mois: 73,9%, n = 17),
- l'évaluation (à la base: 75,4 %, n = 52; à 1 mois: 74,4%, n = 29; à 6 mois: 69,5%, n = 16) et
- la gestion (à la base: 85,6%, n = 59; à 1 mois: 92,3%, n = 36; à 6 mois: 78,3%, n = 18) du BPD.

Une tendance similaire a été observée en ce qui concerne la confiance dans les soins aux personnes atteintes d'un BPD, avec la majorité étant à nouveau « modérément » ou « seulement un peu » confiant en ce qui concerne les trois variables. L'enquête a également testé la difficulté perçue dans le traitement des patients ayant un BPD. Dans les trois stades, la majorité des participants ont déclaré avoir trouvé cela « très difficile » ou « modérément difficile » (à la base: 73,5%, n = 50; à 1 mois: 77%, n = 30; à 6 mois: 77,2%, n = 17). La majorité des participants ont également indiqué que les clients atteints de BPD ont été plus difficiles à traiter que d'autres clients (à la base: 75%, n = 51; à 1 mois: 71,8%, n = 28; à 6 mois: 73,9%, n = 17).

Données de groupes

Des patients difficiles et des traitements inefficaces : un consensus en préformation

La comparaison des données avant et après la formation a indiqué un changement vers des remarques plus positives concernant les patients atteints de BPD. Avant la formation, la difficulté de traiter avec des patients « borderline » et l'inefficacité des traitements ont été des thèmes constants. Ces deux thèmes peuvent être compris comme des domaines comprenant des connotations qui modèlent les remarques concernant le BPD :

- **Les consommateurs difficiles** (« clivage du personnel », manipulateurs, recherche d'attention, patients intimidants et familles dysfonctionnelles);
- **Les traitements inefficaces** (connotation que le BPD est incurable, que les traitements sont incompatibles et les traitements inefficaces).

Par conséquent, **les patients atteints de BPD ont été caractérisés comme étant à la fois sources de problèmes** (envers eux-mêmes et envers les autres) et

«**perturbants**» (pour le personnel). Pour de nombreux participants, les patients atteints de BPD sont « probablement les patients les plus difficiles avec qui sympathiser»; dans certaines entrevues, des participants laissaient entendre que **cette clientèle peut délibérément mettre mal-à-l'aise et provoque des frictions au sein du personnel.**

Dans certains cas, l'aversion du personnel vis-à-vis des patients atteints de BPD a été clairement exprimée, indiquant **une intense frustration et une confusion, voire même du tourment.** Deux exemples : le premier provient d'un participant qui travaille dans une unité hospitalière de santé mentale pour adultes. On notera en particulier la déduction selon laquelle la «sensibilité», la «vulnérabilité», la «colère» et l'«horreur» qui leur est associés peuvent être des aspects immuables de la personnalité et donc aller au-delà du traitement. Un second extrait dans un service d'urgences met en évidence **à quel point ces patients sont difficiles, imprévisibles et dangereux** («presque sauvages») aux yeux de la plupart des membres du personnel ; **ils ne semblent «adaptés» nulle part dans le système de soins de santé.**

Pour certains participants, les difficultés associées au fait de travailler avec des patients atteints de BPD ont été les conséquences prévisibles de familles dysfonctionnelles et chaotiques : «modes de vie malsains, relations malsaines, relations incestueuses, drogues et crimes». La citation relatée ici tend à dire que l'exposition à long terme à de tels environnements familiaux est susceptible d'entraîner des problèmes profondément enracinés qui peuvent devenir irréversibles. Les participants perçoivent les patients avec un BPD comme gênants ; cela a été renforcé par des remarques soutenant que les traitements sont inefficaces. Pour certains participants le problème n'était pas tant le manque d'effet du traitement ; avant la formation, les participants dans les trois groupes de discussion avaient peu d'espoir dans la réussite du traitement. En effet, toutes les options de traitement étaient vouées à l'échec.

Perspectives optimistes et pratique clinique : un consensus post-formation

Le discours des premiers groupes de discussion a été caractérisé par un pessimisme thérapeutique généralisé, construit sur un ensemble de connotations interdépendantes selon lesquelles il était (terriblement) difficile de travailler avec les patients atteints de BPD et que les traitements disponibles étaient inadéquats. Cependant, les transcriptions après **la formation ont indiqué une évolution vers des perspectives thérapeutiques plus optimistes.** Ce discours après la formation a suggéré que le personnel était beaucoup plus autoréflexif de façon critique, indiquant l'influence d'une exposition à des principes et à des pratiques de la TCD. En particulier, le BPD n'est plus interprété comme étant résistant au traitement et la confiance du personnel concernant la relation avec les patients est maintenant beaucoup plus évidente : Je me sens comme si j'avais quelque chose que je peux leur offrir, au lieu de me dire ... "oh mon Dieu qu'est-ce que je vais faire?" ... Et je n'ai pas ce sentiment d'effroi! (Groupe de discussion 1) Je comprends maintenant plus le trouble de la personnalité borderline ... Je ne peux pas m'empêcher de penser aujourd'hui, rétrospectivement, qu'il y avait un grand nombre de fois où j'ai probablement fait empirer les choses, en continuant à les invalider... (Groupe de discussion 2).

Dans certains cas, les participants ont parlé de TCD comme offrant un cadre plus lucide pour structurer les relations et les interventions qui avaient été tentées précédemment, mais d'une façon qui n'étaient pas claire et mal ciblée. La TCD a été considérée comme ayant donné une structure et une logique. La TCD a permis de voir des «slogans positifs» ou des slogans avec une pratique thérapeutique plus optimiste.

Une découverte inattendue de l'étude était à quel point la formation en TCD a eu un impact sur la vie des participants. Un certain nombre de personnes

ont parlé de l'importance de la formation, non seulement dans leur travail clinique, mais aussi dans leur vie quotidienne : ... C'est d'avoir quelque chose de concret à faire ... c'était vraiment un déclic ... Je pense que c'était un élément de pleine conscience pour moi. Parce que ça m'a aidé personnellement aussi, donc j'ai pu passer ce message ... (Groupe de discussion 2).

L'impact de la formation de TCD sur la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes en formation est au centre de la recherche ultérieure menée actuellement par un membre de l'équipe de recherche (RR). Enfin, un certain nombre de participants ont exprimé leur surprise et leur satisfaction quant au soutien fourni par les dirigeants; cela a été considéré comme un soutien de «haut niveau» pour un projet qui était important pour les personnes qui font « front sur le terrain ».

DISCUSSION ET CONCLUSION

Un projet de formation d'une telle ampleur n'avait pas été tenté précédemment dans le MHS. Les données recueillies à partir des enquêtes menées et des groupes de discussion avant et après la formation indiquent **des améliorations modestes à considérables dans les attitudes du personnel et dans les connaissances à propos des patients atteints de BPD**. L'enquête avant la formation a décrit un échantillon de professionnels de la santé qui avaient une connaissance limitée de la maladie et des attentes très pauvres de ce qui pourrait être atteint en adoptant des perspectives de traitement plus optimistes et une relation clinique confiante. Les données des groupes de discussion ont permis de mettre en évidence les systèmes régressifs de pensées que le personnel associait au BPD. Ce n'était pas une bonne base pour l'adoption de traitements fondés sur des données probantes! Les données après la formation ont indiqué **un changement positif des pensées à l'égard du BPD**. Le fait que plus de 90 personnes avaient entrepris le programme de formation initiale, avec plus de 20 d'entre elles ayant effectué la formation avancée et commencé à participer à la TCD (en tant que thérapeutes individuels et / ou formateurs) met en évidence l'ampleur de l'engagement du personnel à la recherche de moyens plus efficaces pour répondre aux besoins de tous les patients de santé mentale. **Le fait que la majorité à avoir pris part à la fois à la formation initiale et à la formation continue était des infirmières représente une amélioration significative et rentable** des compétences professionnelles de ces dernières.

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude indiquent que le développement systématique d'un programme de formation en utilisant la recherche fondée sur des données probantes, en conjonction avec des techniques d'apprentissage pour adultes, a eu un impact positif. En outre, l'utilité d'un **programme de formation intégrant des documents de la recherche, des exercices, la description du programme et des présentations audiovisuelles**, a été illustré par le nombre croissant de demandes internes et externes d'accéder au programme. **De nombreux défis demeurent** comme le fait de consolider et d'étendre le programme de TCD dans le cadre de l'activité de base du service. Une autre étude ayant débuté en avril 2004, évaluant l'impact du programme de TCD sur les résultats cliniques et sociaux est également en cours.

PERSPECTIVES/IMPACT POUR LA PRATIQUE

Les résultats de l'étude indiquent que la formation de base sur la TCD de deux jours constitue une base solide pour faciliter la mise en pratique d'un programme de TCD au sein d'un service publique standard de santé mentale situé dans une région semi-rurale. Pour le personnel qui exprime le désir de

participer à la TCD soit comme thérapeute individuel soit comme formateur, la formation avancée donne une base pour développer la pratique. La participation à **des consultations/des supervisions tenues chaque semaine, en conjonction avec l'étude personnelle et une expérience supervisée permet au personnel de continuer à améliorer ses compétences comme thérapeute en TCD.** Alors que les résultats cliniques et sociaux pour les patients du projet ne seront manifestes que dans les années à venir, **il est déjà évident qu'il y a eu un changement positif dans les attentes du personnel vis-à-vis de ce qui peut être réalisé lorsque l'on travaille avec des personnes ayant un BPD.**

ETHIQUE

L'approbation éthique de la recherche a été demandée et obtenue de l'université et des comités éthiques institutionnels des services de santé locaux.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES ET REMARQUES PERSONNELLES

Remarques personnelles

Cette étude a montré les effets d'une formation sur la TCD. Ceci est intéressant pour notre travail car nous avons choisi la TCD comme concept pour notre BT. Au départ, les groupes de discussion étaient caractérisés par un pessimisme thérapeutique généralisé. Mais, les transcriptions après la formation ont indiqué une **évolution vers des perspectives thérapeutiques plus optimistes.** Ce discours post-formation a suggéré que le personnel était beaucoup plus autoréflexif. Le BPD n'est plus interprété comme étant résistant au traitement et **la confiance du personnel concernant la relation avec les patients est maintenant beaucoup plus évidente.** Les participants ont parlé de la TCD comme offrant un cadre plus lucide pour structurer les relations et les interventions. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude indiquent que le développement systématique d'un programme de formation en utilisant la recherche fondée sur des données probantes, en conjonction avec des techniques d'apprentissage pour adultes, a eu un impact positif. **La formation de base sur la TCD de deux jours constitue une base solide** pour faciliter la mise en pratique d'un programme de TCD au sein d'un service publique standard de santé mentale.

Pour ce qui est de la méthodologie, nous constatons que le résumé est écrit en un seul bloc, mais les auteurs ont décrit les phases de l'étude dans l'article. Le concept de TCD est clairement expliqué ainsi que les étapes du programme de formation qu'ils ont entrepris. Nous tenons également à relever la fonction de l'auteur principal qui enseigne dans une école de sciences infirmières, en Australie. De plus, la population de l'étude concerne 94 participants, dont 66,7% d'infirmières (n=43) à la première phase de l'étude. Les auteurs ont aussi respecté l'éthique dans leur démarche. Nous pensons donc que cette étude est rigoureuse et qu'elle entre parfaitement dans les critères de notre revue de littérature.