

# **Le Trouble de la Personnalité Borderline d'une mère, la santé de l'enfant : un défi pour les soins infirmiers**

**Revue de littérature**

Par

**Stéphanie Ducas, Nathalie Jacquard**

Promotion Bachelor VAE 2017

Sous la direction d'Agnès Maire

Travail de Bachelor présenté à

**La Haute Ecole de la Santé La Source**

Filière soins infirmiers

Lausanne

Décembre 2018

## Résumé

**Introduction** : La thématique de ce travail de Bachelor repose sur les moyens permettant d'établir une relation thérapeutique avec les mères présentant un trouble de la personnalité borderline (TPB) dans le but de favoriser des stratégies de coping utiles à la santé de l'enfant et de sa mère. **But** : Le but de cette recherche est de trouver des interventions spécifiques et adaptées à mettre en place pour les mères souffrant d'un TPB afin de favoriser des stratégies de coping utiles à la santé de l'enfant comme de sa mère. **Devis** : Revue de littérature non systématique. **Problématique** : L'incidence du TPB du parent sur les enfants est important. Comment offrir un accompagnement spécifique et adapté à la mère comme à l'enfant. **Méthode** : Les articles scientifiques ont été recherchés entre août et octobre 2018 sur les bases de données PubMed, CINAHL, Embase, Google Scholar ainsi que dans des journaux spécifiques en psychiatrie. **Résultats** : La sélection de sept articles scientifiques reposant sur des données probantes a permis de mettre en évidence les difficultés relationnelles liées au TBP chez des mères ainsi que l'impact de la maladie sur le développement de leurs enfants. Le rôle parental est de ce fait perturbé et complexe, nécessitant un accompagnement spécifique. La stigmatisation vécue par le parent induit une souffrance supplémentaire et des réactions vis-à-vis du système de santé. De leur côté, les professionnels de santé relèvent des difficultés de prise en soins liées à des structures inadaptées, un manque d'effectif ainsi qu'au déficit de connaissances du problème psychiatrique. Les intervenants, ressentent de la colère, de l'anxiété, de la peur et de l'impuissance. Les interventions proposées reposent sur l'importance d'établir une relation thérapeutique de confiance basée sur l'empathie et le respect. Des programmes spécifiques pour cette population sont détaillés et offrent des solutions aussi bien dans un milieu psychiatrique que dans des centres de jeunesse. **Discussion** : Etablir une relation thérapeutique stable et juste est une étape essentielle à la co-construction d'un projet de soin répondant aux besoins de la mère et de l'enfant. Cela nécessite certains prérequis tels que se connaître et identifier ses propres représentations de la parentalité dans un contexte de TPB, de pouvoir bénéficier de formation et de supervision. Par une attitude empathique, respectueuse et sans jugement, l'infirmière sera amenée à établir un partenariat avec la mère en sécurisant la relation par un cadre thérapeutique clair. La cohérence du suivi nécessitera un travail de collaboration avec le réseau de la mère. **Conclusion** : L'accompagnement des mères ayant un TPB est complexe et nécessite de la part de l'infirmière un savoir-faire et un savoir être favorisant leur partenariat. Une approche holistique de la personne, ainsi que la supervision du soignant, permette une collaboration saine entre la mère et l'infirmière ainsi qu'avec le réseau élargi. Nous avons été surprises par la pauvreté du nombre d'article sur le sujet. Il serait donc important que des études supplémentaires viennent étoffer la littérature afin de conforter les recherches existantes.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de la Santé La Source.

# Table des matières

Liste des tableaux et figures .....	6
Remerciements .....	7
Introduction.....	8
<b>1. PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>9</b>
1.1. SUJET DE RECHERCHE.....	9
1.1.1. Situation de départ .....	9
1.1.2. Questionnement.....	9
1.2. TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE.....	10
1.2.1. Manifestations et épidémiologie du TPB : point de vue des experts.....	10
1.2.2. L'origine du TPB selon les experts, les approches thérapeutiques proposées.....	10
1.2.2.1. Etiologie, école de pensées et approches Thérapeutiques .....	10
1.2.2.2. L'abord de la relation thérapeutique par les experts.....	12
1.2.2.3. Point de vue des mères ayant un TPB.....	12
1.3. LA PARENTALITE DE MERE AYANT UN TPB.....	13
1.3.1. Pourquoi les mères ? .....	13
1.3.2. La parentalité au sens large .....	14
1.3.3. L'analyse d'un sociologue sur la parentalité .....	14
1.3.4. Le point de vue des experts professionnels sur la parentalité d'une mère présentant un TPB.....	14
1.3.5. Le vécu des mères présentant un TPB, leurs attentes et leurs besoins .....	15
1.4. LA SANTE DE L'ENFANT .....	15
1.4.1. Qu'entendons-nous par « santé de l'enfant » ?.....	15
1.4.2. Impacts du TPB de la mère sur le développement de l'enfant .....	16
1.5. QUESTION DE RECHERCHE .....	16
1.6. CADRE THEORIQUE.....	17
1.6.1. Théorie de McGill .....	17
1.6.2. La relation thérapeutique.....	18
1.6.2.1. Selon J. Travelbee .....	18

1.6.2.2. Selon Hildegard E. Peplau .....	18
1.6.3. Définition des concepts .....	19
Infirmière de pédiatrie .....	19
Santé de l'enfant.....	19
Stratégie de coping.....	20
<b>2. METHODE .....</b>	<b>21</b>
CHOIX DU DEVIS .....	21
2.1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION .....	21
2.2. DESCRIPTION DES ETAPES DE REALISATION .....	22
2.2.1. Recherche dans les bases de données électroniques .....	22
2.2.1.1. Banques de données.....	22
2.2.1.2. Mots-clés .....	22
2.2.2. Stratégies de recherche dans les bases de données.....	23
2.2.3. Equations de recherche .....	24
2.3. FLOW CHART .....	26
2.4. ARTICLES RETENUS .....	27
<b>3. RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
3.1. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES .....	28
3.1.1. Les mères avec un trouble de la personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services ....	28
3.1.2. Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder : a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives .....	30
3.1.3. Children of Mothers with Borderline Personality Disorder : Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for intervention.....	32
3.1.3.bis. Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD : commentary on Stepp & al.....	33
3.1.4. Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de la personnalité limite.....	34
3.1.5. A new intervention for people with borderline personality Disorder who are also parents : a pilot study of clinician Acceptability .....	36
3.1.6. Parenting with personality disorder : a manuel for health professionnals .....	37

3.2.	SYNTHESE DES RESULTATS .....	39
3.2.1.	Le point de vu des soignants.....	39
3.2.1.1.	Le ressenti émotionnel .....	39
3.2.1.2.	Connaissances théoriques .....	39
3.2.1.3.	Cohésion de l'organisation de travail.....	39
3.2.2.	Les besoins et le vécu des mères ayant un TPB.....	40
3.2.2.1.	Les difficultés des mères ayant un TPB .....	40
3.2.2.2.	Le vécu de la parentalité des mères ayant un TPB .....	40
3.2.2.3.	Les expériences positives des mères ayant un TPB .....	40
3.2.3.	Le TPB et son impact sur les enfants.....	40
3.2.4.	Les interventions .....	41
3.2.4.1.	Les interventions proposées dans un cadre de soins psychiatriques .....	41
3.2.4.2.	Les interventions proposées aux intervenants non spécialisés en psychiatrie .....	42
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>43</b>
4.1.	NOS RESULTATS EN REGARD DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	43
4.2.	PERTINENCE DU CADRE THEORIQUE.....	45
4.3.	LIMITES DE NOTRE TRAVAIL .....	47
4.4.	PERSPECTIVES ET OUVERTURE SUR LA PRATIQUE .....	48
4.5.	CONCLUSION.....	49
	Conclusion.....	50
	Références .....	52
	Annexes.....	56
	Annexe A : Grille d'analyse pour étude de cas.....	56
	Annexe B : Grille d'analyse pour une revue systématique .....	59
	Annexe C : Grille d'analyse pour une recherche qualitative .....	64
	Annexe D : Grille d'analyse personnalisée .....	68

## Liste des Tableaux et Figures

Tableau 1 : Question de recherche selon PICO.....	22
Tableau 2 : Traduction des mots-clés et termes MeSH.....	23
Tableau 3 : Les sept articles retenus.....	27
Figure 1 : Flowchart.....	26

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier notre Directrice de travail de Bachelor, Madame Agnès Maire, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa grande disponibilité tout au long de l'élaboration de cette recherche. Nos familles, nos conjoints et nos collègues méritent toute notre reconnaissance pour leur soutien et leurs encouragements. Nous tenons également à remercier toutes les personnes ayant participé à la relecture de ce travail ainsi que pour la correction de l'orthographe.

## Introduction

Cette revue de littérature traite des interventions qu'une infirmière de petite enfance peut mettre en place pour établir une relation thérapeutique avec une mère présentant un trouble de la personnalité borderline (TPB) dans le but de favoriser des stratégies de coping utiles à la santé de l'enfant comme de la mère.

Dans le contexte de santé actuel, la prise en soin des patients est encore très catégorisée. La femme souffrant de TPB bénéficie d'un suivi en clinique de psychiatrie, or, quand celle-ci devient maman, l'accompagnement de la famille s'effectue dans un milieu pédiatrique. Il semble donc pertinent de se questionner sur la meilleure façon d'appréhender la situation. Ceci constitue un réel défi pour le professionnel comme le relève la littérature.

L'infirmière exerce un rôle pivot au sein de la famille mais également dans le monde de la santé entre les différents professionnels. L'importance de trouver des données probantes à notre questionnement semble donc justifiée.

Afin de répondre à cela, nous proposons d'approfondir notre problématique dans le premier chapitre afin de mieux comprendre et définir le sujet. Le choix d'un cadre théorique permet de donner une ligne directrice à ce travail et d'offrir une orientation pour la pratique infirmière.

Le deuxième chapitre reprend la méthodologie de recherche dans la littérature scientifique permettant au lecteur de comprendre le choix des articles retenus.

Bien que le sujet soit encore peu étendu, sept articles sont présentés dans le troisième chapitre. Les résultats de ces écrits sont développés et décrits selon plusieurs modèles de grille d'analyse JBI.

Au regard de cette recherche, la discussion permet de reprendre les interventions préconisées, de les mettre en lien avec le cadre théorique et d'explicitier l'implication pour la pratique. Ce quatrième chapitre expose également les forces et les limites de ce travail.



# 1. Problématique

## 1.1. SUJET DE RECHERCHE

### 1.1.1. Situation de départ

Ayant toutes les deux une expérience professionnelle en rapport avec la parentalité, l'une en tant qu'infirmière de petite enfance au sein d'un cabinet de pédiatrie et l'autre en tant qu'infirmière en psychiatrie communautaire spécialisée dans l'accompagnement de la parentalité, nous avons été amenées à partager la situation suivante :

Une mère se présente avec son enfant au cabinet de pédiatrie pour discuter des troubles du sommeil et de l'alimentation de sa fille de 5 ans. Lors de l'entretien, la mère est très désinhibée, logorrhéique et peine à laisser de la place à l'examen de son enfant. La petite est pâle, en-dessous des normes attendues par rapport aux courbes de croissance d'une fille de son âge (en dessous du percentile 3). Elle semble en retrait dans la relation. Après un temps d'échange avec la mère au sujet de leurs habitudes de vie, l'infirmière lui donne des informations au sujet des problèmes qui l'ont amenée à consulter (conseils sur l'hygiène alimentaire et du sommeil) et lui propose un suivi pour surveiller la reprise de la courbe de croissance de sa fille. Madame accepte, mais le suivi est chaotique (irrégularité dans les rendez-vous, réactions agressives de la mère face aux interventions) avec comme constat, la non évolution de l'enfant. Inquiète vis-à-vis de la situation, l'infirmière en fait part au pédiatre responsable qui l'informe que la mère bénéficie d'un suivi thérapeutique pour un trouble de la personnalité borderline et qu'un réseau important entoure cette famille. Le pédiatre l'invite à contacter le réseau de soin de Madame afin de les interpeller sur la situation.

### 1.1.2. Questionnement

Nous situant chacune dans un domaine de la parentalité différent (l'une accompagnant le parent, l'autre accompagnant l'enfant), nous avons été amenées à partager nos représentations de la parentalité, ainsi que du trouble de la personnalité borderline (TPB). Nous avons croisé nos regards sur l'attention à apporter à l'enfant au travers de l'approche thérapeutique à proposer à la mère. Cela nous a permis de développer un intérêt pour les mères souffrant de TPB et à la meilleure manière de les accompagner. Afin d'approfondir notre sujet de recherche nous proposons ci-après de développer notre problématique autour des points-clés suivants : En quoi consiste le TPB selon les professionnels mais aussi selon les mères. Qu'est-ce que la parentalité ? Qu'entendons-nous par un bon développement de l'enfant ? Nous

définirons ensuite le cadre théorique choisi, avant de conclure en exposant la question de recherche qui émane de notre réflexion.

## **1.2. TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE**

### 1.2.1. Manifestations et épidémiologie du TPB : point de vue des experts

Selon le DSM-V (2015), les troubles de la personnalité sont divisés en dix catégories dont le trouble de la personnalité limite (borderline) « qui est caractérisé par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ». Plus spécifiquement, l'individu souffrant d'un TPB doit répondre à au moins cinq des neuf critères suivants: 1) faire des efforts effrénés pour éviter l'abandon, qu'il soit réel ou imaginé; 2) avoir des relations interpersonnelles instables, intenses et alternant entre l'idéalisation et la dévalorisation; 3) avoir une identité perturbée, marquée par une instabilité persistante; 4) être impulsif dans au moins deux domaines potentiellement dommageables; 5) faire des tentatives, des gestes et des menaces suicidaires ou des gestes d'automutilation à répétition; 6) avoir une humeur fortement réactive, notamment en contexte relationnel; 7) avoir un sentiment chronique de vide; 8) exprimer une colère intense et inappropriée qui est difficile à contrôler; 9) faire l'expérience transitoire d'idées persécutrices ou de symptômes dissociatifs lors de situations de stress.

D'après les données de l'OMS, 2% de la population générale souffre de ce trouble. En nous appuyant sur une revue de la littérature de J. Wendland (2017, p. 15), la prévalence de ce trouble est plutôt féminine « à raison de deux femmes pour un homme » et survient généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Selon cette psychologue, cette pathologie se caractérise par

Des troubles de la régulation émotionnelle importants, des colères mal maîtrisées et de l'impulsivité, des troubles de l'identité, des relations interpersonnelles instables, des sentiments chroniques de vide, d'ennui, d'errance, une humeur dysphorique, des comportements et menaces d'automutilation et de suicide, des épisodes transitoires d'idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs. (Wendland, 2017, p.15)

### 1.2.2. L'origine du TPB selon les experts, les approches thérapeutiques proposées

#### 1.2.2.1. Etiologie, école de pensées et approches thérapeutiques

Ce tableau clinique émerge bien souvent d'un vécu traumatique précoce. « Près de 90% des patients atteints de TPB rapportent un antécédent d'abus dans l'enfance et/ou de négligence émotionnelle avant 18 ans. 62% rapportent une histoire d'abus

sexuel et 86% une histoire d'abus verbal, émotionnel et/ou physique. » (Zanarini, 1997). De façon générale, comme pour la plupart des autres pathologies psychiatriques, on considère que ce trouble est d'origine multifactoriel. « C'est de l'interaction entre des prédispositions biologiques et des expériences de vie survenues précocement au cours du développement que semble résulter la constitution d'un trouble de personnalité limite. » (Linehan, 2000)

Chaque école psychothérapeutique met cependant l'accent sur certains aspects particuliers dans l'étiologie.

En ce qui concerne l'approche psychodynamique, la notion de traumatisme psychique est particulièrement importante. Ainsi, selon Bergeret :

Le traumatisme psychique précoce doit être compris au sens affectif du terme ; il correspond à un émoi pulsionnel intense survenu dans un état encore trop mal organisé et trop peu mûr quant à son équipement, ses adaptations et ses défenses pour y faire face dans des conditions inoffensives. (Bergeret, cité par Rouillon et al., 2012)

Selon cette approche, la structure immature de la personnalité nécessite d'appliquer la notion de limite par rapport aux angoisses d'abandon. Il s'agit donc de se centrer sur le vécu émotionnel de la personne dans son histoire de vie pour pouvoir identifier son traumatisme psychique et sur la notion de limite/contenir. (Rouillon et al., 2012) L'abord thérapeutique propose donc l'exploration d'une compréhension commune de l'histoire du patient qui a été intégrée de manière consciente ou inconsciente.

Pour ce qui est de l'approche cognitive et comportementale, l'accent est mis sur les schémas de pensées qui ont été généralement perturbés par le vécu émotionnel de la personne. Le thérapeute cherche à aider le patient à "corriger" ses schémas qui sont généralement des automatismes non conscients et inadaptés. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont basées sur des principes d'apprentissage, de conditionnement, d'établissement et de maintien d'habitudes. Elles se concentrent sur le réapprentissage des pensées, des perceptions et de l'étiquetage des expériences. L'abord thérapeutique propose donc une prise en compte des difficultés précoces d'attachement et un travail portant sur la mentalisation et la gestion de la vie affective, ainsi que sur les schémas dysfonctionnels précoces.

Dans l'approche systémique, le thérapeute cherche à explorer les interactions de groupe et les caractéristiques du système dans lequel la personne évolue. Au lieu de traiter isolément une personne comme un « patient désigné », le thérapeute accorde une grande importance aux différents systèmes dont elle fait partie (familial, professionnel, social...) et cherche à identifier les relations qui les lient les uns aux autres (circularité des interactions). C'est une thérapie qui accorde une grande attention aux aspects émotionnels et au ressenti des difficultés vécues par la personne et par son entourage.

Il existe encore bien d'autres approches telles que l'approche humaniste ou encore psychanalytique que nous ne développerons pas ici.

#### 1.2.2.2. L'abord de la relation thérapeutique par les experts

Les patients atteints d'un TPB sont perçus par la majorité des professionnels de la santé mentale comme étant la clientèle la plus difficile à traiter (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002). Il est important de considérer le défi relationnel présenté car si la charge émotionnelle devient trop lourde à porter, elle engendre des impasses thérapeutiques qui peuvent aller jusqu'à la cessation du traitement par le patient ou par l'intervenant. (Laporte et al., 2014).

L'approche psychodynamique souligne que ces patients ont tendance à susciter de fortes réactions de contre transfert sur le plan relationnel. Les professionnels peuvent alors ressentir de la colère, de la frustration engendrant des mécanismes défensifs de leur part (méfiance, rejet) et un sentiment d'impuissance. Ils sont donc invités à identifier et travailler sur ces phénomènes.

L'approche TCC souligne que « la construction d'une alliance thérapeutique est quasi un but thérapeutique en soi et Beck préconise d'adopter un mode de relation plus personnel et plus attentionné en promouvant un attachement sécurisé du patient au thérapeute et en maintenant des limites ». (Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi & Rouillon, 2009, cité par Cédric Deville, 2018).

L'approche systémique valorise les compétences du patient en misant sur les forces de la personne et de sa famille. Le thérapeute cherche à créer des environnements permettant de soutenir les mécanismes innés et appris de guérison. (Gottlieb, 2014) « Pour ce faire, elle fait appel à ses observations et à son jugement clinique tout en établissant une relation de partenariat de collaboration grâce à sa synchronisation, sa présence authentique, son écoute active et sa conversation thérapeutique ». (Pepin et al., 2017, p.66)

#### 1.2.2.3. Point de vue des mères ayant un TPB

Il est reconnu que les patients présentant un TPB vivent fréquemment de la stigmatisation de la part des institutions et même des cliniciens, qui entretiennent souvent des préjugés face à ces patients, et peuvent éprouver moins d'empathie, et d'espoir quant à leur capacité à changer la situation problématique. (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006).

Plusieurs patients atteints de TPB ont accepté d'offrir leur témoignage via les réseaux sociaux sur leur vécu de la maladie. Plusieurs d'entre eux parlent de « lutte

quotidienne contre ce fléau » et relatent leur désespoir de pouvoir vivre normalement. Emilie, 24 ans, nous livre son quotidien en ces mots :

Dépression, sentiment de vide intense, peur des autres, de l'abandon, de TOUT...angoisses, dévalorisation, manque de confiance en moi, haine de mon corps, solitude, difficultés à gérer mes émotions, autodestruction (coupures, abus de médicaments, tentatives de suicides, anorexie, boulimie). Mon entourage ne me comprend pas, ils me disent que je joue la comédie, que je fais mon intéressante. (Blog, psychologies)

L'isolement et la souffrance de ces personnes sont fréquemment relatés dans tous les témoignages que nous avons pu recueillir. Le sentiment d'être incompris, discrédité. Les changements radicaux d'humeur sont également rapportés comme extrêmement fatigants tant pour les patients que pour leur entourage qui ont tendance à s'épuiser et à les «abandonner» ou à «s'énervé» en reproduisant des schémas de maltraitance déjà vécus.

### **1.3. LA PARENTALITE DE MERE AYANT UN TPB**

#### **1.3.1. Pourquoi les mères ?**

Nous avons choisi de nous centrer sur les mères souffrant de TPB pour différentes raisons. Tout d'abord en raison de notre situation de départ qui relate la condition d'une mère et de sa fille. Mais également en lien avec une réalité de terrain où les professionnels de la petite enfance ont plus fréquemment des contacts avec les mères que les pères bien qu'ils soient également conviés. Enfin, selon les théories de l'attachement développées par Bowlby (cité dans Wiant, 2013), les interactions avec la figure d'attachement (le plus souvent la mère) sont la base du développement «sécure» de l'enfant.

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Selon Bowlby (1969), l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès la petite enfance, l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. Bowlby prétend que ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. (St-Antoine, 2011)

Or, il est question dans ce travail de l'impact de l'accompagnement que nous pouvons offrir au parent dans le but de permettre un développement harmonieux de l'enfant. C'est pourquoi, sans omettre le rôle et l'importance du père dans le processus de soin, nous axerons notre réflexion sur l'accompagnement des mères avec un TPB dans leur parentalité.

### 1.3.2. La parentalité au sens large

Le concept de parentalité a pris une ampleur importante au cours des dix dernières années. Le terme de «parentalité» est né au début des années 1960 au sein du champ psychiatrique et psychanalytique. Il s'est officialisé dans les années 1980 et est présenté dans la langue courante comme renvoyant «à la qualité de parent, de père, de mère» (le Petit Robert, 2001) ou «fonction de parent, notamment sur le plan juridique, moral et socioculturel» (Larousse, 2017).

### 1.3.3. L'analyse d'un sociologue sur la parentalité

Le sociologue C. Martin (2014) met en évidence une réelle injonction contemporaine : il explique comment les systèmes d'indicateurs du bien-être de l'enfant ont contribué à produire des normes, définissant implicitement les conditions de «la bonne parentalité». La cible étant davantage sur la responsabilité parentale que sur les conditions bio-psycho-socio-économiques qui concourent au bon développement de l'enfant. Ces nouveaux indicateurs provoquent une stigmatisation des familles dont les enfants n'entrent pas dans ces nouveaux critères. Il en résulte un sentiment de culpabilité des parents et d'insatisfaction sur leur rôle parental où l'importance d'un développement dans les normes de leur enfant devient prioritaire, mettant de côté la partie du développement individuelle, personnelle et créative.

### 1.3.4. Le point de vu des experts professionnels sur la parentalité d'une mère présentant un TPB

Du fait de leur symptomatologie et de leur histoire infantile souvent traumatique, l'accès à la parentalité des femmes présentant un TPB est complexe, avec comme conséquence pour les enfants, des risques significativement supérieurs de développer des troubles affectifs, comportementaux ou psychiatriques.

Selon une revue de la littérature concernant les mères avec TPB (Rouillon et al., 2012), la recherche clinique met en évidence que les différentes capacités maternelles des mères présentant un TPB sont particulièrement mises à l'épreuve. La dimension de la sensibilité maternelle est altérée avec des mères plus intrusives et insensibles lors de situation de jeu qu'avec des mères témoins. La dimension relationnelle est également perturbée avec une discontinuité importante dans leurs interactions avec leurs enfants (Hobson et al., cité par Rouillon et al., 2012). On retrouve également une occurrence statistiquement significative de carences éducatives ou de négligences affectives liées, entre autres, à la tendance de ces mères à s'entourer de compagnons maltraitants dans une reproduction de leur passé traumatique. (Le Nestour et al., cité par Rouillon et al., 2012). Enfin, il existe une

perturbation de la dimension thymique avec une augmentation des troubles de l'humeur en particulier d'épisodes dépressifs pouvant prendre des formes cliniques complexes. (Macfie et al., cité par Rouillon et al., 2012)

### 1.3.5. Le vécu des mères présentant un TPB, leurs attentes et leurs besoins

Il existe peu d'études s'intéressant spécifiquement au vécu des mères présentant un TPB, à leurs difficultés, à leurs besoins en lien avec la parentalité. Selon une étude québécoise sur le vécu des mères borderline, ces femmes rapportent de nombreuses difficultés en lien avec leur parentalité mais peinent à aborder spontanément leurs besoins. (Beaudry, 2015)

Les difficultés relatées sont en lien avec leur symptomatologie et la présence fréquente de comorbidité psychiatrique. Ces mères évoquent également les difficultés psychiques présentes chez leurs enfants, (hyperactivité, impulsivité, trouble de l'humeur) nécessitant des besoins distinctifs en matière d'éducation parentale. Elles déplorent une transmission intergénérationnelle d'habiletés parentales inadaptées. Enfin, elles mentionnent avoir des difficultés à résoudre des conflits conjugaux fréquents.

Les attentes des mères émanant de cette étude sont d'abord d'être entourées par des professionnels à l'écoute, empathiques, ouverts à la communication, et encadrant. Elles ont également pu verbaliser des besoins matériels en lien avec leur situation sociale et des besoins de conseils éducatifs bienveillants.

## 1.4. LA SANTE DE L'ENFANT

### 1.4.1. Qu'entendons-nous par « santé de l'enfant » ?

La santé globale de l'enfant fait souvent référence à son bon développement, qu'il soit physique, psychologique, émotionnel ou social. En nous questionnant sur le rôle parental, nous avons eu besoin de comprendre ce que cela représente. Selon la convention relative aux droits de l'enfant entrée en vigueur en 1997 en Suisse, l'enfant est considéré comme une personne à part entière ayant des besoins spécifiques et des droits. (RS 0.107, Convention du 20 novembre 1989)

La Société Suisse de Pédiatrie s'est inspirée des normes édictées par l'OMS pour produire des courbes de croissance permettant de suivre l'évolution du poids, de la taille et du périmètre crânien en fonction de l'âge et calculant ainsi l'indice de masse corporelle. Selon Lori et al. (2007),

Un enfant a besoin de conditions stimulantes, de soutien et de soins physiques et effectifs pour se développer. Le processus de développement n'est pas seulement influencé par l'alimentation et l'état de santé de l'enfant, mais aussi

par le type d'interactions...que les enfants entretiennent avec les personnes qui s'occupent d'eux dans leur environnement.

La littérature décrit également l'évaluation du développement de l'enfant en considérant différents aspects tels que la motricité générale, la motricité fine, le langage, la sociabilité ou encore l'état cognitif et émotionnel. (Chaix, 2008). Tous s'accordent à dire que l'objectif d'un examen préventif précoce met en lumière les éventuels troubles du développement afin d'intervenir le plus rapidement possible. (Weber et Jenni, 2012)

#### 1.4.2. Impact du TPB de la mère sur le développement de l'enfant

Selon une revue de la littérature sur les risques de perturbations chez les enfants de mères avec un TPB, il a été identifié plusieurs catégories de difficultés. (Rouillon et al., 2012)

L'étude met en évidence des perturbations d'ordres comportementales qui seraient plus liées au style de vie familial dans son ensemble qu'au trouble psychiatrique lui-même : les enfants expérimenteraient plus fréquemment des bouleversements dans la composition du foyer, des changements d'école, voire des placements en dehors de la famille. On retrouve aussi des perturbations affectives et relationnelles fréquentes dans des études mettant en évidence un taux plus élevé d'enfant dans la catégorie « évitement du danger » (Barnow, Ruge, cité par Rouillon et al., 2012). L'étude de Macfie et Swan révèle chez les enfants de mères avec TPB une image de soi plus instable, un sentiment de honte (dévalorisation), de faibles capacités de régulation des émotions et davantage de confusion entre le réel et l'imaginaire. Il existe également des perturbations au niveau de l'attachement. Enfin on retrouve une occurrence plus élevée de développer des troubles psychopathologiques chez les enfants de mères ayant un TPB (idées suicidaires, dépression, TPB, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité). (Rouillon et al., 2012)

### 1.5. QUESTION DE RECHERCHE

Au vu de ce qui précède, nous constatons une réelle problématique dans l'accompagnement de la parentalité des mères souffrant de TPB. Nous formulons donc la question suivante :

**« Comment une infirmière de pédiatrie peut elle établir une relation thérapeutique avec une femme présentant un trouble de la personnalité borderline dans le but de favoriser des stratégies de coping utiles à la santé de l'enfant comme de la mère ? »**



## 1.6. CADRE THEORIQUE

### 1.6.1. Théorie de McGill

Dans ce travail, le cadre théorique choisi afin de soutenir et interpréter les résultats de la question de recherche, est celui de la théorie intermédiaire de McGill élaboré par Moyra Allen dans les années 1970 en Amérique du Nord. « Le modèle de McGill est une approche globale et intégrée de la santé et du traitement des patients. Il s'appuie sur une conception des soins infirmiers qui met en avant le partenariat soignant/individu/famille ». (Biro et al., 2005)

Son idée principale se caractérise par l'identification des forces, des ressources et compétences du patient, de sa famille et de son environnement afin de mettre en place des stratégies d'auto-soins.

L'autonomisation s'appuie sur la conviction que chaque personne, chaque famille et chaque communauté a la possibilité, la capacité, les habiletés, les compétences et le potentiel d'assumer la responsabilité de sa propre santé et d'exercer un certain contrôle sur sa propre vie. (Gottlieb, 2014, p.20)

Ainsi, l'infirmière occupe une place de pivot entre toutes ces dimensions afin de créer les conditions nécessaires aux personnes tout en les soutenant dans leur prise de décision. Le partage du pouvoir est central et encourage la famille à participer aux soins. (Gottlieb, 2014)

Au final, la capacité d'une personne à se rétablir d'une maladie ou d'un traumatisme réside en elle-même, et le rôle de l'infirmière est de mettre en place les conditions qui stimulent et favorisent la santé de la personne et le processus naturel de guérison. (Gottlieb, 2014, p.13)

Cette théorie s'appuie sur les soins fondés sur les forces de la personne et sa famille et nécessite des habiletés spécifiques de la part des infirmières, qu'elles soient acquises ou à développer. Nous faisons ici référence à l'empathie, le respect et la confiance ainsi que la compassion. (Gottlieb, 2014)

Nous avons choisi cette théorie parce que les valeurs qu'elle prône correspondent à notre propre éthique mais également parce que nous pensons qu'elle est tout à fait appropriée pour travailler avec les mères souffrant de TPB et leurs enfants. En effet, certaines études tendent à démontrer des effets positifs chez des familles ayant bénéficié d'intervention basée sur le modèle de McGill. Selon Gottlieb (2014), il apparaît que : « le modèle de McGill en soins infirmiers met l'accent sur la compréhension de la personne et des questions familiales, et table sur les forces de la personne dans le cadre d'un partenariat de collaboration. »

Le défi reste alors de créer une relation thérapeutique solide avec ces mères au vu de leurs difficultés dans la relation liées à leur trouble psychique.

### 1.6.2. La relation thérapeutique

Il nous semble primordial d'établir avec les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline une relation thérapeutique suffisamment sécurisante pour maintenir le lien et tendre vers un objectif commun à la mère, à l'enfant et à l'infirmière. C'est pourquoi nous avons choisi de définir ce qu'est la relation thérapeutique selon deux auteurs auxquels nous pouvons nous identifier.

#### 1.6.2.1. Selon J. Travelbee

Joyce Travelbee, infirmière en psychiatrie (1926-1973) a défini dans sa théorie « Human to human Relationship Model », que "la relation entre humains est le moyen par lequel l'objectif de la profession infirmière est atteint" [traduction libre], (Travelbee, 1964).

Selon sa théorie, la profession infirmière est décrite comme :

Un processus interpersonnel par lequel l'infirmière praticienne professionnelle aide une personne, une famille ou une communauté à prévenir ou à faire face à l'expérience de la maladie ou de la souffrance et, si nécessaire, à trouver un sens à ces expériences. (Travelbee, 1964)

Travelbee pensait que les soins infirmiers se réalisent à travers des relations d'humanité à personne, qui débutent par la rencontre initiale, puis progressent à travers les étapes des identités émergentes, développant des sentiments d'empathie et des sentiments de sympathie ultérieurs.

#### 1.6.2.2. Selon Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau (1952-1992) définit la relation thérapeutique comme une relation interpersonnelle entre l'infirmière et le patient qui tentent ensemble de résoudre un problème de santé. Elle peut être représentée sur un continuum. A une extrémité se situent deux individus aux objectifs et aux intérêts différents. A l'autre, deux personnes qui travaillent ensemble à la résolution d'une difficulté qu'elles appréhendent de la même manière. (Peplau, 1988)

Peplau, (1988) nous dit:

La démarche de soins est éducative et thérapeutique lorsque l'infirmière et le patient en arrivent à se connaître et à se respecter mutuellement en tant que personnes semblables, bien que différentes, et en tant que personnes partageant la résolution de problèmes » [Traduction libre]

Dans ce processus, les représentations du patient ont un impact sur la relation avec l'infirmière et inversement. C'est pourquoi, il importe que l'infirmière soit consciente de la manière dont son comportement affecte le patient, mais aussi de ce qui l'affecte venant du patient. Ainsi, elle pourra commencer à différencier ce qui est aidant et ce qui ne l'est pas dans le processus de relation.

### 1.6.3. Définition des concepts

Une majorité des concepts présents dans notre question de recherche sont définis dans la problématique, nous ne revenons donc pas sur ces notions dans cette partie mais souhaitons définir les concepts suivants :

#### *Infirmière de pédiatrie :*

La définition décrite sur le site du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour les professions de la santé du Luxembourg nous semble complète et pertinente :

L'infirmier en pédiatrie est la personne de référence pour l'enfant sain ou malade et ses parents pendant le séjour de l'enfant dans diverses institutions. Il assure, soigne, encadre et entoure l'enfant et accompagne les parents. Dans toutes ses démarches il est guidé par le souci du bien-être et du développement de l'enfant ainsi que du maintien ou de la restauration de sa santé et ceci en relation étroite avec les parents et/ou toute personne de référence de celui-ci. (Baden, 2014)

#### *Santé de l'enfant :*

De nombreuses définitions tentent de décrire ce qu'est la santé de l'enfant. L'OMS donne une définition très large et complète composée de plusieurs dimensions en perpétuel construction dans le temps. Pour l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1946)

Il dit encore que :

Pour les enfants, le droit à la santé est vital, car ils sont des êtres vulnérables, plus exposés aux maladies et aux complications de santé. Lorsque les enfants sont préservés de la maladie, ils peuvent s'épanouir pour devenir des adultes en bonne santé, contribuant ainsi au développement de sociétés plus dynamiques et plus productives. (OMS, 2007)

### *Stratégie de coping :*

Chaque être humain vit dans sa vie des difficultés, des situations extrêmes tant sur le plan physique que psychologique. Au fur et à mesure des expériences de vie rencontrées, il doit faire face en mettant en place des stratégies d'adaptation. Le terme « coping » est donc désigné pour expliquer comment l'individu s'adapte. « Le coping, attribut du concept santé, représente les efforts déployés par la personne afin de composer avec sa situation problématique. » (Biro et al., 2005)

D'autres auteurs comme Lazarus et Folkman (cité dans Bruchon-Schwitzer, 2015) définissent le « coping » comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». Le concept est utilisé aussi bien dans le monde du travail que dans les soins puisque plusieurs théoriciens y font référence.

## 2. Méthode

### CHOIX DU DEVIS

Dans ce chapitre se trouve les méthodes de recherche, les résultats obtenus ainsi que les grilles d'analyse utilisées. Les étapes de réalisation sont décrites afin de permettre au lecteur de comprendre les stratégies de recherche.

« La recherche scientifique est une démarche d'acquisition de connaissances qui utilise diverses méthodes de recherches quantitatives et qualitatives pour trouver des éléments de réponses à des questions déterminées que l'on souhaite approfondir ». (Fortin & Gagnon, 2016, p.4) Afin de répondre à notre question de départ, nous avons parcouru différentes bases de données scientifiques et recensé sept articles pertinents permettant de réunir des éléments pouvant être analysés afin d'approfondir le sujet. Les recommandations proposées découlent des résultats, de l'analyse des textes et d'une réflexion en lien avec les soins infirmiers.

### 2.1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Après un premier test de combinaison avec les termes cités dans le tableau 2 ci-dessous, nous relevons que peu de recherche répondent à notre question de départ, raison pour laquelle nous sommes restées prudentes sur les critères d'exclusion.

#### Critères d'inclusion

Les articles devaient traiter du trouble de la personnalité borderline chez des mères ayant des enfants en âge scolaire, mais aussi proposer un certain nombre d'intervention de prise en charge auprès de cette population et transférable dans un contexte de soins en santé primaire de pédiatrie. Enfin, nous avons retenu les notions de soins, de relation au patient et de ressources en santé. La date de publication ne dépasse pas cinq ans.

#### Critères d'exclusion

Les articles hors sujet, hors contexte ou d'une autre langue que le français ou l'anglais n'ont pas été retenus. Nous avons également mis de côté ceux pour lesquelles la description de l'intervention manquait ou pour lesquels l'accès était payant. Les doublons ont été éliminés.

## 2.2. DESCRIPTION DES ETAPES DE REALISATION

Après avoir identifié notre question de recherche, nous avons suivi plusieurs étapes décrites ci-dessous.

### 2.2.1. Recherche dans les bases de données électroniques

#### 2.2.1.1. Banques de données

Les banques de données suivantes ont été utilisées afin de respecter l'aspect scientifique de notre recherche : PubMed, CINAHL, GoogleScholar, Embase, Cairn info et différents journaux spécifiques au domaine de la psychiatrie. Les sept articles retenus proviennent de PubMed, de CINAHL et de journaux scientifiques tels que British Journal of Clinical Psychology ou BMC Psychiatry.

#### 2.2.1.2. Mots-clés

Afin de mettre en évidence des articles concordants à notre question de recherche, des associations de termes MeSH et mots-clés sont traduits notamment par HeTop selon les spécificités des banques de données. (Voir Tableau 1 et 2)

Tableau 1 :

Question de recherche selon PICO

<b>P</b> (population) :	Mère présentant un trouble de la personnalité borderline
<b>I</b> (interventions) :	Comment une infirmière de pédiatrie peut-elle établir une relation thérapeutique
<b>C</b> (contexte) :	Dans un contexte de santé primaire
<b>O</b> (outcomes) :	Favoriser des stratégies de coping utiles à la santé de l'enfant, comme de la mère

Tableau 2 :

## Traduction des mots-clés et termes MeSH

Français	Anglais
Mots-clés	Mots-clés et MeSH
Personnalité borderline	Borderline personality (MeSH)
Mère	Mothers (MeSH)
Parentalité	Parenting (MeSH) Mother-Child relations (Mot-clé) Maternal Behavior (MeSH) Maternal tole (Mot-clé) Maternal-Child Nursing (Mot-clé) Children of impaired parents (MeSH) Maternal-Child care (Mot-clé)
Soin de santé primaire	Primary Health Care (MeSH)
Communication	Communicating (Mot-clé) Interpersonnal Relations (Mot-clé)
Santé de l'enfant	Child Health (MeSH)
Interventions	Patient education as topic (MeSH)
Infirmière de pédiatrie	Nurses Pediatric (Mot-clé)
Relation thérapeutique	Decision making (MeSH)

## 2.2.2. Stratégies de recherche dans les bases de données

Plusieurs stratégies de recherche combinant des termes MeSH et des mots-clés précités ont été transformées en « termes » de recherche adéquats à la base de données sélectionnée.

Par exemple :

Pour la base de données PubMed, chaque mot-clé utilisé a été traduit dans HeTop. Une fois traduits, ces mots-clés ont ensuite été transformés en terme MeSH dans Database. Nous avons procédé de la même manière pour les bases de données CINHALL avec Database CINHALL complete et Embase avec Emtree. Pour Google Scholar, les mots clés employés sont les mêmes que pour PubMed.

Les différentes équations de recherche comprenant des termes ciblés en combinaison avec les termes Booléens comme AND, NOT, OR ont généré des résultats divers mais globalement peu d'articles.

Dans le cadre de ces recherches, nous avons établi, dans un premier temps, une limite de langue en ne sélectionnant que le français et l'anglais sans autre filtre.

### 2.2.3. Equations de recherche

Durant nos explorations, plusieurs équations de recherche ont été testées. Nous proposons ici d'en décrire quelques exemples afin de permettre au lecteur de comprendre la démarche.

La première stratégie de recherche établit dans les principales bases de données citées plus haut se compose de diverses combinaisons comme par exemple dans PubMed :

1. Mother with borderline personality disorder **AND** patient education as topic
2. Mother with borderline personality disorder **AND** primary health care **AND** Child
3. Nurses pediatric **AND** interpersonal relations **OR** trust **AND** mother borderline personality disorder **AND** health resources

Dans la base de données CINHALL, voici quelques exemples :

1. Borderline personality disorder **AND** Mothers **OR** Mother-Child relations **OR** Maternal-Child nursing **OR** Maternal role **OR** Maternal-Child care **AND** coping **OR** family coping **OR** management
2. Borderline personality disorder **AND** Mothers **OR** Mother-Child relations **OR** Maternal-Child nursing **OR** Maternal role **OR** Maternal-Child care



Cette dernière même équation dans PubMed a donné 216 articles contre 50 dans CINHAL ce qui nous a permis d'appliquer le filtre temporel pour ne garder que les 5 dernières années de publication. A la suite de cette démarche il ne restait que 67 articles.

Après avoir lu certains articles intéressants, nous avons effectué une recherche par auteur de référence. Cela ne nous a pas permis de trouver des textes pertinents au contexte de notre question de départ.

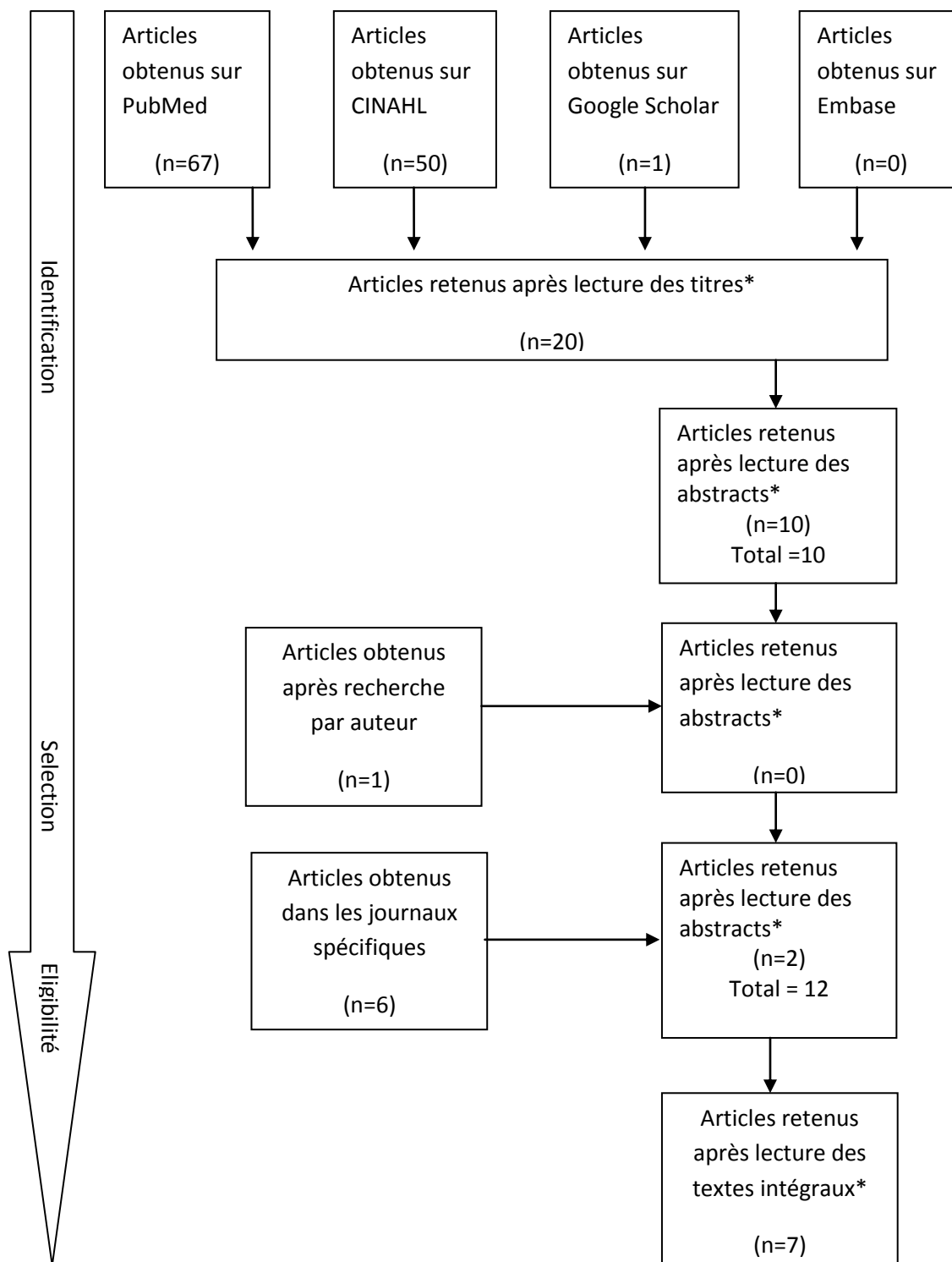
Une dernière recherche dans les journaux spécialisés en psychiatrie nous ont permis d'obtenir quatre articles supplémentaires tout à fait pertinents. Après élimination des doublons et lecture des abstracts, nous en avons retenu deux.

Un article répondant à notre recherche n'était pas disponible dans son intégralité ce qui n'a pas permis de le garder. Nous avons donc lu intégralement neuf articles contenant nos critères d'inclusion.

Après cette lecture, seuls sept articles ont été retenus, dont un offrant un complément à l'un des articles sélectionnés. Nous avons donc choisi de le présenter de la même manière que les autres en le précisant.

Dans le diagramme de flux PRISMA ci-dessous, la démarche est présentée afin de démontrer les méthodes utilisées à la sélection des articles. (voir Figure 1).

### 2.3. FLOW CHART (Figure 1)



\*En regard des critères d'inclusion et d'exclusion

## 2.4. ARTICLES RETENUS

Voici les sept articles sélectionnés et retenus pour notre analyse :

Tableau 3

<p>Beaudry, M. (2015). <i>Les mères avec un trouble de la personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services</i>. Mémoire inédit, Université de Montréal, Faculté de médecine, Montréal.</p>
<p>Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres de jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. <i>Santé mentale au Québec</i>, 32(2), 97-114. Doi :10.7202/017799ar</p>
<p>McCarthy, K. L., Lewis, K. L., Bourke, M. E., &amp; Grenyer, B. F. S. (2016). A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability. <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i>, 3(1). Doi.org/10.1186/s40479-016-0044-2</p>
<p>McCarthy, K., Jarman, H., &amp; Bourke, M. (2015). Parenting with personality disorder intervention: a manual for health professionals. <i>Illawarra Health and Medical Research Institute</i>. New South Wales. Australia: University of Wollongong.</p>
<p>Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., &amp; Levine, M. D. (2012). Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. <i>Personality Disorders : Theory, Research, and Treatment</i>. 3(1), 76-91. University of Pittsburgh.</p>
<p>Wilson, R., Weaver, T., Michelson, D., &amp; Day, C. (2018). Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder: a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives. <i>BMC Psychiatry</i>, 18(1) doi.org/10.1186/s12888-018-1733-8.</p>
<p>Zalewski, M., &amp; Lengua, L.J. (2012). Extending research on Parenting in mothers diagnosed with BPD: Commentary on Stepp et al. <i>Personality Disorders : Theory, Research, and Treatment</i>, 3(1) , 101–103. doi:10.1037/a0026120n.</p>

## 3. Résultats

### 3.1. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES

Les sept articles que nous avons retenus ont été analysés sur la base de trois grilles de lecture du JBI, soit : JBI étude de cas, JBI analyse d'articles qualitatifs et JBI revue systématique. (Briggs, 2017) Elles ont servi de support afin d'élaborer nos propres grilles de lecture permettant de vous présenter une analyse d'articles sérieuse et structurée. Afin de ne pas surcharger la lecture, nous les avons mises en annexe de ce travail. (Annexe A, B, C et D)

Chacun des articles retenus est présenté selon cinq critères : le type d'étude présenté, l'objectif de l'article, sa méthodologie, sa validité éthique, pour terminer par une critique de l'article au regard de notre question de recherche.

#### 3.1.1. Les mères avec un trouble de la personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services

De Mélanie Beaudry (2015)

##### Type d'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative de type descriptive interprétative sur l'expérience des mères avec TPB dans un centre de jeunesse québécois. Cette étude a été présentée par Mélanie Beaudry en décembre 2015 à la faculté des études supérieures dans le cadre de l'obtention du grade de M.Sc en sciences biomédicales option sciences psychiatriques.

L'auteure a effectué une étude qualitative sur 30 mères avec un TPB dont au moins un enfant était suivi par le Centre Jeunesse de Montréal (CJM).

##### L'objectif de l'étude

L'objectif de l'étude visait à décrire les difficultés et les besoins des mères avec un TPB dans le contexte d'un suivi par la protection de la jeunesse et d'identifier les défis auxquels elles devaient faire face.

##### Méthodologie de l'étude

Les données ont été obtenues sur une période d'une année à l'aide d'entrevues individuels après obtention du consentement écrit des participantes. Les entrevues ont été effectuées par deux assistantes de recherches qui n'étaient pas impliquées dans la prise en charge des mères. Chaque entrevue comportait trois parties : des

questions socio démographiques, un entretien semi structuré pour établir le diagnostic de TPB et des questions ouvertes sur les difficultés, les besoins, les services reçus et les services souhaités par les mères. Les résultats obtenus, après une analyse de type « analyse de contenu » de nature inductive, ont permis d'identifier quatre thématiques principales . Chacun de ces thèmes ont été subdivisés en sous thèmes qui s'appuient tous sur les verbatims des mères.

Les difficultés des mères sont traitées sous cinq axes principaux : la symptomatologie du TPB, les difficultés de leurs enfants, leurs besoins en matière d'habiletés parentales, leurs difficultés conjugales et les facteurs psycho sociaux gênants.

Les expériences négatives des services sont traitées en quatre sous thèmes : les changements répétés d'intervenants, un système décrit comme incohérent et complexe, un manque ou l'absence de services offerts et des difficultés relationnelles avec les intervenants.

Les expériences positives identifiées par les mères sont traitées en deux sous thèmes : les qualités relationnelles de l'intervenant (à l'écoute, empathique, transparent, authentique, valorisant, sachant encadrer et faciliter la communication) ainsi que l'obtention d'une aide matérielle (financière ou logistique).

Les services que les mères trouvent utiles sont traités en trois sous thèmes : quelques mères demandent de pouvoir changer d'intervenants en cas de mauvaise entente, de pouvoir bénéficier d'un mandat spécifique d'aide aux parents, de développer la mise en place de rencontres multidisciplinaires afin d'assurer une meilleure cohérence de l'intervention.

## Ethique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CJM-IU à 2 reprises en 2011 et 2014 en raison de la durée du travail de recherche.

## Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Cette recherche aborde le vécu des mères dans un contexte de contrainte (mandat de protection de la jeunesse) ce qui influence le positionnement des mères ayant un TPB vis-à-vis du vécu de leur parentalité. Il serait intéressant de connaître le vécu de mères présentant un TPB sans mandat de suivi afin de comparer les résultats. La force de cette étude est de s'intéresser à l'expérience des mères avec un TPB, thématique peu explorée dans les recherches que nous avons effectuées pour notre travail. D'autre part, l'importance de l'échantillon (30 mères) concourt à une haute fiabilité de l'étude pour une recherche qualitative. L'analyse des résultats a donné lieu à une recherche permettant d'asseoir les hypothèses de l'étude par une revue de littérature non exhaustive mais rigoureuse. Cependant, nous relevons que si les mères ont eu de l'aisance à verbaliser sur leurs difficultés et sur leurs expériences négatives au sein des services, elles ont peu verbalisé sur leurs besoins personnels.

Cet aspect semble pourtant essentiel à l'élaboration d'interventions plus adaptées à ces mères. L'auteure propose dans la discussion des perspectives d'amélioration de l'offre des services destinés aux mères avec TPB mais les interventions ne sont pas détaillées dans le présent mémoire.

Cette étude nous a paru pertinente pour notre recherche car elle aborde de manière rigoureuse le point de vue des mères présentant un TPB en lien avec leur parentalité dans un contexte non psychiatrique. Elle nous permet de mieux comprendre le vécu de ces mères dans la réalité de leur quotidien favorisant ainsi l'empathie nécessaire à leur suivi.

### 3.1.2. Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder : a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives

De Ruth Wilson, Tim Weaver, Daniel Michelson et Crispin Day, Mai 2018

#### Type d'étude

Il s'agit d'un article publié dans le BMC Psychiatry en mai 2018 qui présente une étude qualitative fondée sur une analyse interprétative phénoménologique (IPA).

#### L'objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif d'explorer les expériences de recherche d'aide des parents ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité et leur participation à un programme d'aide parentale spécifique intitulé le Helping Families Programme (HFP). Pour cela, les chercheurs ont interrogé cinq mères dont trois vivant seules avec leurs enfants et leurs cinq cliniciens du Child and Adolescent Mental Health services (CAMHS) de Londres. L'étude s'intéresse à la fois au point de vue des cliniciens qui orientent les enfants que celui des parents orientés.

#### Méthodologie de l'étude

Des guides thématiques semi structurés ont été élaborés pour les entrevues avec les parents et les cliniciens. Ces dernières ont été enregistrées afin de les retranscrire textuellement aux fins d'analyse. Selon les méthodes de l'IPA, les données ont été analysées selon des codes descriptifs puis des catégories et des thèmes qui ont été vérifiés après triangulation entre les différents auteurs. Les codes, les catégories et les thèmes émergents ont été examinés et les liens potentiels explorés. Les résultats ont fait l'objet d'une validation auprès d'un parent et d'un clinicien participant.

## Ethique

L'approbation du comité d'éthique du NRES de Londres a été obtenue. Tous les participants ont été informés des objectifs et des risques de l'étude et ont donné leur consentement éclairé.

### Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

L'étude s'intéresse au point de vue des parents vis-à-vis de leur vécu parental, de l'expérience d'être parent avec un trouble de la personnalité, puis de l'expérience de l'intervention de soutien à la parentalité et enfin des qualités de l'aide identifiées par les mères. En parallèle, les chercheurs se sont intéressés aux cliniciens et ont identifié leurs points de vue. Il en ressort trois sous thèmes dont la difficulté des cliniciens à répondre aux besoins des parents, leur préoccupation quant aux problèmes liés à la psychopathologie de ses mères pour participer au programme d'aide et enfin le fait de ne plus pouvoir les suivre aussi régulièrement sur toute la durée du programme avec les incertitudes quant à l'évolution de la situation.

Pour nous, la force de cette étude est de croiser les expériences des mères avec celles de leurs cliniciens. L'élément intéressant est de constater que malgré le pessimisme des deux groupes quant aux avantages potentiels du programme d'aide avant l'engagement, chacun reste surpris de l'impact positif de cette intervention. Cela a permis d'identifier ce qui avait été utile dans ce programme par rapport au suivi habituel : le sentiment de ne pas être écouté dans les difficultés, de se sentir stigmatisé et blâmé représentent des points principaux. Les cliniciens relèvent leurs difficultés à adopter une compréhension commune des difficultés familiales. Cependant, une des limites de cette étude représente le peu de généralisation possible lié à un faible nombre de participant. Il est regrettable que le HFP n'ait pas été davantage détaillé dans l'article (description succincte des axes de travail). Enfin, si cet article nous permet de mieux cibler le vécu subjectif des mères et des cliniciens, le HFP est un programme qui semble difficile à mettre en place pour une infirmière travaillant dans un cabinet de pédiatrie indépendant.

Cet article nous a paru pertinent pour notre travail de recherche car il nous permet de comprendre le vécu et les besoins des mères avec un trouble de la personnalité. La prise de conscience de l'opinion des cliniciens, qui peinent à parler ouvertement avec des mères ayant un trouble de la personnalité parce qu'ils n'obtenaient pas de consensus sur la nature, la cause et la compréhension des difficultés familiales, est intéressante. Cette recherche favorise la compréhension des obstacles potentiels à l'engagement et à la participation des parents et des cliniciens dans leur suivi.

### 3.1.3. Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention

De Stephanie D. Stepp, Diana J. Whalen, Paul A. Pilkonis, Alison E. Hipwell, and Michele D. Levine, Janv 2012

#### Type d'étude

Il s'agit d'un article publié dans le National Institutes of Health (NIH) en janvier 2011. L'article apparaît telle une revue de la littérature non systématique dans la première partie puis tel un point de vu d'expert dans la seconde partie.

#### L'objectif de l'étude

Cet article semble vouloir répondre à plusieurs objectifs. Tout d'abord, les auteurs ont choisi de passer en revue les mécanismes parentaux pouvant expliquer la transmission de la vulnérabilité psychosociale des mères atteintes de TPB à leurs enfants. Ensuite, ils relatent l'étude de données probantes permettant de suggérer que les enfants de mères atteintes de TPB devraient être considérés comme un groupe à risque élevé. Enfin, l'article identifie les pratiques parentales impliquées dans la transmission de la vulnérabilité en fonction des étapes clés du développement des enfants. A l'issue de cette analyse, les auteurs discutent des répercussions d'interventions auprès des dyades mère-enfant et formulent des recommandations.

#### Méthodologie

Pour cette recherche, les auteurs ont effectué une revue de la littérature non exhaustive sur les quatre axes décrits ci-dessus. En s'appuyant également sur la clinique et en mettant en résonance différents articles scientifiques, les auteurs formulent des recommandations d'intervention, qui s'appuient sur deux interventions : la théorie basée sur l'attachement de Bowlby, et les interventions psychoéducatives.

#### Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Pour cet article nous avons combiné la grille JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses et celle de JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers afin de nous assurer de la fiabilité du document.

Ce document nous a paru intéressant car il précise dans la première partie en quoi le TPB peut se transmettre au fil des générations. En s'appuyant sur une revue de littérature conséquente, les auteurs nous rappellent la notion de facteurs génétiques et environnementaux du trouble. Puis, les auteurs orientent leur perspective de recherche sur l'enfant de mère borderline et leurs répercussions du trouble. Ils expliquent en quoi les facteurs environnementaux peuvent être invalidants et



identifient quels sont les mécanismes parentaux impliqués dans la transmission de la vulnérabilité. Enfin, ils abordent la question du défi de ces mères en proie à ces mouvements émotionnels. Dans une seconde partie, les auteurs étudient les interventions proposées pour les mères ayant un TPB. Ils s'attardent sur les interventions basées sur l'attachement dans un contexte psychothérapeutique avec ou sans l'enfant ainsi que sur les interventions psychoéducatives plus axées sur le domaine systémique. La finalité de cet article réside dans l'importance d'accompagner les mères ayant un TPB dans leur parentalité afin d'améliorer le développement harmonieux de leur enfant. Stepp et al. préconisent une intervention psycho-éducative faisant l'hypothèse d'un besoin de conseils et de connaissances de ces mères sur des compétences parentales basiques. Toutefois, bien que cet examen de la littérature soit rigoureux et très scientifique, il est très orienté sur la pathogénèse. Les ressources propres aux mères sont peu abordées et les difficultés des enfants principalement axées sur les difficultés maternelles. Il nous a semblé dommageable de ne pas avoir développé les compétences des mères sur leur TPB et sur leur vécu de la parentalité afin de sortir d'une vision unilatérale du problème. De plus, les interventions préconisées ne sont pas précisément détaillées. Elles proposent d'améliorer les comportements pathologiques de la mère et de son entourage sans offrir un modèle d'intervention pour concrétiser ces changements.

Pour autant il nous a semblé pertinent de l'intégrer à notre travail afin de mieux comprendre l'impact du TPB sur l'entourage et plus précisément sur les enfants. De plus, cet article nous propose deux perspectives d'intervention qui répondent aux spécificités du TPB.

### 3.1.3.bis. Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD: commentary on Stepp & al

De Maureen Zalewski and Liliana J. Lengua, Janv 2012

#### Type d'étude

Il s'agit d'un article publié dans le National Institutes of Health (NIH) en janvier 2012 qui apporte un complément à l'article précédent. C'est également une opinion d'expert.

#### Objectif de l'étude

Les auteures développent deux axes dans leur article. Tout d'abord, elles questionnent la façon dont les déficits parentaux sont identifiés, considérés comme spécifiques aux mères ayant un TPB, et mis en pratique dans la recherche fondamentale future. Puis, elles suggèrent l'utilisation d'une troisième perspective d'intervention : l'approche comportementale.

## Méthodologie

Les auteures se basent sur la littérature existante pour appuyer leur point de vu et se réfèrent à des sources bibliographiques ciblées. L'opinion des auteures n'émane pas d'une observation décrite sur le terrain mais du postulat que les perspectives parentales développées par Stepp et al. (2012) ne sont pas exhaustives et qu'une perspective comportementale du rôle parental serait utile à la compréhension du rôle parental de cette population.

### Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Il semble important pour les auteures d'approfondir des recherches plus fondamentales sur la perspective comportementale et elles déplorent que Stepp et al. (2012) n'aient pas abordé cette dernière dans les éléments essentiels à une intervention efficace. Les auteures proposent des programmes de formation parentale où on y enseignerait l'importance d'utiliser efficacement le renforcement et la punition. Elles s'accordent à dire que le meilleur traitement reste celui qui sera compatible avec le traitement individuel de la personne. Les auteures partent du principe que la perspective comportementale du rôle parental est adaptée aux mères ayant un TPB car elle tient compte à la fois des composantes affectives (en référence à la chaleur maternelle, la réceptivité, la sensibilité et au rejet) ainsi que le contrôle comportemental (limites, cohérence) et psychologique (intrusion...). Dans les déficits spécifiques des mères ayant un TPB, les oscillations dans les comportements parentaux sont problématiques. La perspective comportementale du rôle parental permet d'englober à la fois les aspects affectifs et les aspects de contrôle de ces oscillations.

Nous percevons que l'intérêt des auteures de développer une approche comportementale du rôle parental semble prédominant au détriment d'une recherche plus globale. L'approche préconisée n'étant pas détaillée au sein de l'article, elle nécessite de faire des recherches supplémentaires avant de pouvoir l'implémenter dans la pratique.

Nous avons tenu à mettre cet article au sein de ce travail afin de pouvoir questionner le précédent et offrir un panel plus large de compréhension dans l'idée de mieux répondre à notre question de départ.

#### 3.1.4. Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite

De Lise Laporte Ph.D., 2007

### Type d'étude

Cet article présente les résultats d'une enquête exploratoire basée sur les données administratives du centre de jeunesse de Montréal-Institut University CJM-IU qui cherche à identifier la prévalence de parents suivis présentant un trouble mental et

les difficultés que cela implique dans les prises en charge. Afin d'appuyer ses hypothèses, l'auteure s'appuie sur différentes études traitant du trouble de la personnalité borderline et des interventions préconisées.

### Objectif de l'étude

L'auteure cherche à valider le postulat que les parents avec un TPB suivis au CJM-IU sont nombreux et que l'organisation du CJM-IU à cet égard n'est pas adapté. L'enquête a donc pour but d'identifier la prévalence de parent présentant un trouble mental au sein du CJM-IU et de mieux comprendre le sentiment d'impuissance des intervenants travaillant avec ces familles. L'auteure termine son article sur des préconisations d'interventions facilitant leur prise en charge.

### Méthodologie

Cette enquête exploratoire est basée à la fois sur les données administratives anonymisées saisies dans le système informatique du CJM-IU et sur le vécu des intervenants dans l'accompagnement des familles. En effet, l'accès au dossier psychiatrique des parents étant difficile, l'auteure a donné une grande importance aux ressentis des intervenants. La combinaison de ces méthodologies a permis à l'auteure d'estimer que 39% des parents présentaient un trouble mental. L'enquête a ensuite été réalisée sur 46% des dossiers sélectionnés selon la disponibilité des intervenants.

### Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Cet article nous offre la possibilité de nous plonger dans le ressenti de professionnels n'ayant pas choisi de travailler auprès d'une clientèle ayant un TPB. L'auteure explore les difficultés des intervenants du CJM-IU mais elle propose également des pistes d'interventions permettant à ces professionnels d'y répondre. Selon L. Laporte, une intervention efficace ne repose pas sur l'emploi d'une technique particulière mais sur l'utilisation de composantes comme l'empathie, le soutien, la collaboration, la résolution de problème et les bonnes relations interpersonnelles. L'hôpital Sacré Cœur de Montréal ainsi que l'université de McGill dont elle s'inspire, proposent des conduites à tenir plutôt qu'un traitement. Dans cet article, l'auteure détaille l'attitude éducative qu'elle préconise en insistant sur la création d'une alliance de travail ou d'un partenariat et une distance thérapeutique adéquate. Cependant, cet article ne présente pas de validation sur le plan éthique et les sources scientifiques sur lesquelles l'auteure s'appuie ne sont pas exhaustives. Dans l'enquête menée au sein du CJM-IU, nous avons identifié des biais en ce qui concerne l'échantillon recueilli pour l'analyse de l'étude exploratoire. Cet article nous a néanmoins paru pertinent pour répondre à notre question de recherche car l'infirmière en pédiatrie peut se sentir dans la même impuissance que les intervenants du CJM-IU face à la prise en charge d'un enfant dont la mère souffre d'un TPB. Les stratégies d'interventions proposées par l'auteure sont facilement transposables à une pratique d'infirmière de petite enfance travaillant dans un milieu ambulatoire.

### 3.1.5. A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability

De Kye L. McCarthy, Kate L. Lewis, Marianne E. Bourke et Brin F.S. Grenyer, 2016

#### Type d'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative descriptive sur les cotes d'acceptabilité d'un modèle d'intervention proposé à 168 cliniciens. Cette recherche évalue également les changements dans les attitudes, les connaissances et les compétences de ces derniers à la suite de la formation proposée.

#### Objectif de l'étude

Un guide d'intervention « Parenting with Personality Disorder » a été élaboré pour faire participer les parents ayant un TPB à des interventions conçues pour protéger les enfants contre les extrêmes de la maladie. Il est axé sur la sécurité des enfants, la communication efficace et les stratégies parentales. L'objectif de cette étude est d'évaluer la pertinence de ce guide pour les cliniciens ainsi que pour les parents atteints de TPB.

#### Méthodologie

Après une formation, 168 cliniciens ont évalué le guide précité. Les auteurs ont présenté des données descriptives selon le modèle linéaire général utilisé. Les données qualitatives ont été analysées par thème à l'aide de QSR Nvivo version 10. Les thèmes ont ensuite été analysés avec Leximancer. Les données ont été classées manuellement par mots clés. Ceux-ci ont été regroupés pour générer un thésaurus théoriquement significatif. Tous les membres de l'équipe de recherche ont participé à cette analyse.

#### Ethique

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique humaine de l'Université de Wollongong. Tous les participants ont été informés des objectifs et des risques de l'étude et ont donné leur consentement éclairé.

#### Critique de l'article et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Les résultats de cette étude correspondent à d'autres études antérieures qui montraient déjà que la formation des cliniciens permet d'améliorer les attitudes, les connaissances et les compétences. Les parents ressentent une stigmatisation de la part des professionnels et le fait d'avoir des attitudes non péjoratives de la part des cliniciens améliore les résultats auprès des patients. L'analyse qualitative des commentaires des cliniciens permet de dire que les études de cas permettent d'engager la discussion et la réflexion, les discussions de groupe pour améliorer la pratique sont à promouvoir et enfin ancrer la formation dans des activités axées sur les compétences en utilisant des ressources cliniques tout en fournissant des outils

d'intégration. En utilisant comme porte d'entrée le rôle parental, le guide permet d'accompagner les patients au quotidien en favorisant la confiance, le dialogue tout en diminuant le stress familial et les facteurs de risque. La protection des enfants et la prévention du cycle intergénérationnel de la maladie mentale sont améliorées. Le guide peut être facilement ajouté aux traitements actuels fondé sur des données probantes et améliore les attitudes et connaissances des cliniciens même peu expérimentés. Cet article n'évalue cependant pas les données d'auto-évaluation des cliniciens avant l'étude, ce qui ne nous permet pas de comparer l'amélioration des attitudes et connaissances avant et après la formation. Il n'y avait pas non plus de groupe témoin. Des recherches futures seraient bénéfiques pour voir si le changement d'attitude de la part des cliniciens est maintenu au fil du temps et aussi pour mesurer l'impact sur les parents et les familles participants à ce modèle de prise en charge.

Cette étude nous semble correspondre à notre question de recherche de part l'importance accordée à la fois aux ressentis des parents qu'à ceux des cliniciens. Elle valide des axes d'interventions concrètes et pertinentes face à des questionnements cliniques présents dans notre situation de départ. C'est pourquoi nous avons souhaité présenter le guide dans notre travail afin d'approfondir les axes de travail proposés.

### 3.1.6. Parenting with personality disorder: a manual for health professionals

De Kye McCarthy, Heidi Jarman, Marianne Bourke, Brin F.S. Grenyer, 2015

#### Type d'étude

Il s'agit d'un guide d'intervention en matière de rôle parental destiné aux professionnels qui travaillent avec des parents ayant un trouble de la personnalité.

#### Objectif

Les auteures ont élaboré ce manuscrit dans le but de proposer un outil d'intervention aux cliniciens en santé mentale pour réfléchir au rôle parental des personnes atteintes de trouble de la personnalité. L'objectif final est d'aider les parents, les enfants et les familles à renforcer les facteurs de protection, à identifier et réduire les facteurs de risque.

#### Méthodologie

Les auteures se sont appuyées sur la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) pour conceptualiser leur guide d'intervention. Elles se réfèrent aux travaux de plusieurs auteurs pour développer la base de leur modèle. Elles ont construit leur intervention sur la base de constats décrits dans la littérature scientifique sur l'impact du TPB sur le rôle parental, l'incidence sur les enfants et sur l'équilibre familial. L'intervention

décrite dans ce guide est une intervention brève de trois séances de type psychoéducatif dont les buts sont les suivants :

- Séance 1 : Mobiliser les parents et renforcer la sécurité pour tous
- Séance 2 : Réfléchir à la façon de séparer le rôle parental du TPB
- Séance 3 : Communication et relations

Le guide comprend des liens vers des ressources utiles au clinicien pour travailler avec les parents (DVD, feuillets d'information, fiche d'aide, plan de soin en cas de crise), des conseils concernant le cadre d'intervention, ou encore la manière de présenter les objectifs thérapeutiques des séances de travail. Il explique comment faire face à certains écueils fréquents inhérents à la psychopathologie du parent.

### Ethique

Ce manuel ne présente pas de validation d'un comité éthique. Il reconnaît le soutien majeur de NSW Health, ainsi que du MH-Children and Young People, du Mental Health Drug and Alcohol Office, et enfin du Ministère de la santé d'Australie.

### Critique du guide et argumentation de l'inclusion dans ce travail

Le guide est très détaillé et décrit précisément l'ensemble des éléments principaux de l'intervention ainsi que le temps attribué à chacune des étapes. Il propose au clinicien une formulation type pour amener les parents à discuter d'un aspect ou d'un autre. Chaque étape bénéficie de supports permettant d'appuyer la discussion et de rédiger les points clés de l'intervention. Les cliniciens sont invités à comprendre l'importance de pouvoir évaluer régulièrement différents paramètres durant l'intervention tels que l'évaluation du parent et celle de chacun des enfants (par l'intermédiaire des échanges avec les parents), la relation parent-enfant, le système de soutien familial. Ces évaluations ont pour but d'identifier le risque de préjudice lié au TPB sur la famille et en particulier sur les enfants. Ce guide décrit également les défis potentiels susceptibles de survenir lors des séances. Des exemples offrent des propositions d'adaptation de l'intervention. Les auteures précisent néanmoins que cette intervention parentale brève n'est pas adaptée aux parents qui considèrent leur rôle parental (ou leur vie familiale) comme étant trop confrontante ou traumatique. Elle n'est pas non plus adaptée aux parents traversant une crise.

La lecture de ce guide offre des stratégies d'intervention auprès des mères ayant un TPB, y compris dans un contexte non psychiatrique ce qui nous semble intéressant pour notre travail de Bachelor. En effet, les consultations proposées par une infirmière de petite enfance en santé primaire peut inclure des interventions brèves telles que celles présentées dans ce guide. Il permet à la fois d'améliorer les connaissances dans la symptomatologie de la mère et d'offrir une conduite à tenir pour l'infirmière. Cette intervention permet d'établir un partenariat de collaboration entre la famille et le soignant dans le but de définir des objectifs communs.

## 3.2. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Au regard de l'analyse des articles présentés précédemment, nous avons relevé différents thèmes émergents. Afin de faciliter la compréhension de notre travail de recherche, nous vous proposons de vous les présenter ci-après.

### 3.2.1. Le point de vu des soignants

#### 3.2.1.1. Le ressenti émotionnel

Nous relevons dans les articles de plusieurs auteurs que, travailler avec des patientes ayant un TPB, génère chez les soignants de l'impuissance, de la colère, de l'anxiété, de l'incompétence et du doute. (McCarthy, 2016 ; Laporte, 2007 ; & Wilson, 2018). « Les cliniciens ont décrit les difficultés qu'ils éprouvent à répondre aux besoins des parents touchés par un trouble de la personnalité dont les enfants avaient des problèmes comportementaux et affectifs » [traduction libre] (Wilson). « Les intervenants peuvent avoir le sentiment de devoir continuellement éteindre des feux pour régler les crises répétées » (Beaudry, 2015)

#### 3.2.1.2. Connaissances théoriques

La formation est décrite comme un élément facilitant ces prises en charge (Laporte, 2007 ; McCarthy, 2016 ; & Beaudry, 2015), surtout pour les intervenants n'ayant pas eu de connaissance en psychiatrie (Laporte, 2007 ; & Beaudry, 2015). « Les comorbidités psychiatriques vont exacerber les symptômes inhérents au TPB déjà fort complexe à traiter pour les psychiatres. Le défi est alors d'autant plus grand pour les intervenants en Centre de Jeunesse qui n'ont que peu de formation en santé mentale » (Beaudry, 2015). « Il n'ont pas eu l'occasion d'acquérir un savoir, un savoir-faire et un savoir être spécifique à cette problématique. Certains n'ont jamais eu de formation en santé mentale ». (Laporte, 2007) Les études démontrent les effets positifs des formations sur le ressenti des intervenants ainsi que sur leurs actions qui se basent sur des données probantes.

#### 3.2.1.3. Cohésion de l'organisation de travail

Il apparaît également dans quatre articles (Beaudry, 2015 ; Wilson, 2018 ; Laporte, 2007 ; & McCarthy, 2016) que l'organisation des services et l'environnement de prise en charge de ces patientes influencent l'intervention proposée : « La structure et l'organisation du travail dans le centre ne favorise pas une prise en charge adéquate de ces familles » (Laporte, 2007). Beaudry reprend ce constat en relatant le Turn Over des intervenants dans ces structures et le manque de communication entre tous les professionnels. « Bon nombre d'expériences négatives se traduisent par les changements répétés d'intervenants, un système décrit comme instable et incohérent qui peuvent mener à un manque de collaboration et d'informations pertinentes transmises ». (Beaudry, 2015) La mise en place d'interventions telles que décrites dans le guide nécessite une dotation importante en personnel ce qui ne représente pas toujours la réalité.

### 3.2.2. Les besoins et le vécu des mères ayant un TPB

Cette thématique a été largement traitée dans trois des articles retenus qui sont ceux de Beaudry (2015), Wilson (2018), et McCarthy (2016). Nous retenons trois points principaux.

#### 3.2.2.1. Les difficultés des mères ayant un TPB

Beaudry (2015) explore ces souffrances et les traite sous cinq axes : La symptomatologie du TPB, les difficultés psycho comportementales de leurs enfants, leurs besoins en matière d'habiletés parentales, leurs difficultés conjugales et les facteurs psychosociaux gênants. « La très grande majorité des mères abordent leur vécu émotionnel et leur souffrance en lien avec leur TPB. » (Beaudry, 2015)

Ces auteurs relèvent également le problème de la stigmatisation : « Les parents estimaient que les professionnels supposaient qu'un trouble de la personnalité signifiait automatiquement qu'ils seraient de mauvais parents » [traduction libre] (McCarthy, 2016).

#### 3.2.2.2. Le vécu de la parentalité des mères ayant un TPB

Les auteurs relèvent que les mères vivent une parentalité complexe en lien avec les difficultés de leurs enfants et le manque d'habileté parentale (par défaut de modèles parentaux adaptés). « Les parents ont fait état d'interactions fréquentes problématiques et pénibles avec leurs enfants et de l'impact négatif qui en résulte sur leur vie familial » [traduction libre] (Wilson, 2018) « Les mères de l'étude mentionnent ne pas savoir comment intervenir face aux problèmes affectifs et comportementaux de leurs enfants générant un sentiment d'impuissance et une détresse significative ». (Beaudry, 2015)

#### 3.2.2.3. Les expériences positives des mères ayant un TPB

Les études présentées permettent d'identifier des éléments facilitant pour intervenir auprès des mères. « Du point de vue des mères, les qualités relationnelles des intervenants, l'établissement d'une relation de collaboration ainsi que l'aide concrète et ciblée contribuent aux expériences positives des services ». (Beaudry, 2015) Il est intéressant de relever encore que : « Les parents se sont sentis écoutés, compris et par conséquent encouragés et mieux contrôlés. » [traduction libre] (Wilson, 2018)

### 3.2.3. Le TPB et son impact sur les enfants

Dans six des articles présentés, les auteurs développent ce thème dans le but de comprendre en quoi ce trouble impacte le quotidien de ces mères et quelles en sont les conséquences sur le développement de leurs enfants. Stepp et al. (2012) reprennent la symptomatologie du trouble puis la lie aux mécanismes parentaux qui expliqueraient les atteintes sur l'enfant : « La stratégie parentale qui pourrait être la plus délétère pourrait être l'oscillation entre des formes extrêmes de contrôle et de passivité ». [traduction libre] « Cette invalidation chronique des expériences émotionnelles peut perturber le développement adaptatif des systèmes de traitement des émotions » de l'enfant. [traduction libre] (Stepp et al., 2012)



« Ces études ont montré que, de la petite enfance jusqu'au début de l'adolescence, le TPB maternel expose les enfants à un éventail de problèmes émotionnels et comportementaux ». [traduction libre] (Stepp et al., 2012) Les auteurs relèvent notamment des difficultés de la régulation affective, des angoisses, des difficultés de l'attention, de la dépression ou encore une faible estime d'eux-mêmes. Ces troubles peuvent aussi avoir un impact sur le développement moteur avec, par exemple, un retard de la marche ou dans les courbes de croissance.

#### 3.2.4. Les interventions

Dans chacun des sept articles présentés, les auteurs s'accordent sur l'importance de proposer aux mères ayant un TPB une intervention de soutien à leurs habiletés parentales. Pour trois d'entre eux, une étude qualitative apprécie son efficacité. Certaines de ces interventions se déroulent dans un cadre de soins psychiatriques, (Stepp, 2012 ; Zalewski, 2012 ; & Wilson, 2018) les autres peuvent s'appliquer dans un contexte plus large. Le point commun de ces prises en charge est de travailler auprès de parents présentant un TPB.

##### 3.2.4.1. Les interventions proposées dans un cadre de soins psychiques

Stepp et al. (2012) décrivent deux types d'interventions. La première est une intervention psychothérapeutique basée sur l'attachement : elle vise à prévenir la transmission de l'attachement précaire et désorganisé du parent à l'enfant. Elle se déroule soit sous forme individuelle avec la mère, soit avec la dyade mère/enfant. La mère est encouragée à parler de ses propres expériences d'enfant qu'elle va relier avec son vécu actuel de mère. La seconde est une intervention psycho-éducative : elle fournit en général de l'information sur une variété de questions pertinentes aux membres de la famille. (Informations sur le développement typique et atypique de l'enfant) Ces programmes ont reçu un soutien empirique afin de diminuer les taux de rechutes, réduire le stress et la notion de fardeau. Elles permettent également d'améliorer les stratégies de communications familiales.

Zalewski et al. (2012), partent du principe qu'une intervention comportementale sur le rôle parental est adaptée aux mères ayant un TPB car elle tient compte à la fois des composantes affectives (en référence à la chaleur maternelle, la réceptivité, la sensibilité et au rejet) ainsi que le contrôle comportemental (limites, cohérence) et psychologique (intrusion...). Dans les déficits spécifiques des mères ayant un TPB, les oscillations dans les comportements parentaux sont problématiques. La perspective comportementale du rôle parental permet d'englober à la fois les aspects affectifs et les aspects de contrôle de ces mouvements.

Enfin, Wilson et al. (2018) préconisent un programme d'éducation parentale intitulé le Helping Families Programme (HFP). L'intervention est individuelle et offre des stratégies d'éducation des parents et d'auto-soins. Elle vise à développer une compréhension commune entre les parents et le clinicien sur la façon dont les difficultés émotionnelles et interpersonnelles influent sur le rôle parental et sur le fonctionnement de l'enfant. Cette intervention a également apporté aux parents et à leurs cliniciens une satisfaction importante.

### 3.2.4.2. Les interventions proposées aux intervenants non spécialisés en psychiatrie

Laporte (2007) comme Beaudry (2015) suggèrent aux intervenants d'adopter une attitude éducative avec ces mères. « Une intervention efficace ne repose pas sur l'emploi d'une technique particulière mais sur l'utilisation de composantes comme l'empathie, le soutien, la collaboration, la résolution de problème et les bonnes relations interpersonnelles. » (Laporte, 2015)

Beaudry (2015) souligne également que l'institution doit s'impliquer dans la cohésion de ces prises en charge en soutenant les collaborateurs grâce à des formations régulières, des supervisions et des efforts de collaboration entre services.

Enfin, McCarthy et al. (2016) préconisent une intervention brève de trois séances sur le rôle parental détaillée dans un manuel réalisé à cet effet. Les auteures se sont appuyées sur la théorie de l'attachement de Bowlby pour conceptualiser leur guide d'intervention. Ils ont choisi d'explicitier cette intervention au maximum afin que tout professionnel travaillant auprès de parents avec un TPB puisse l'utiliser. Cependant, si ce guide est un outil utile à l'intervenant pour réfléchir au rôle parental des personnes ayant un TPB, cela nécessite qu'il puisse se sentir à l'aise pour réaliser cette intervention. Une formation est indispensable pour y parvenir ce qui rend l'implémentation de celle-ci plus complexe.

## 4. Discussion

### 4.1. NOS RESULTATS EN REGARD DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Les résultats émanant des sept articles présentés, valident l'importance de s'intéresser à la prise en charge du rôle parental des mères ayant un TPB. Si nous revenons à notre sujet de recherche, il est question de comprendre comment une infirmière de pédiatrie peut établir une relation thérapeutique avec une femme présentant un trouble de la personnalité borderline. Si chacun des auteurs présentés précédemment propose une perspective d'intervention différente, tous s'accordent à dire qu'il semble primordial de pouvoir établir, avec ces mères, une relation stable et juste afin de s'engager dans un projet de soin. Selon Stepp et al. (2012), la symptomatologie du TPB va prendre son essence dans la fragilité des relations interpersonnelles vécues par ces femmes dans leur vie. Par effet de coping, l'ensemble des interactions interpersonnelles vont être mis à mal par les mouvements émotionnels de la mère. La relation thérapeutique ne fera pas exception et va donc être en permanence testée et remise en question. Il apparaît donc essentiel de prendre le temps d'établir une relation thérapeutique stable avec une mère présentant un TPB pour permettre de prendre soin de l'enfant.

Si nous reprenons le concept de relation thérapeutique développée par Peplau (1988), l'infirmière doit prendre le temps de comprendre les représentations du patient par rapport à son problème de santé, mais aussi analyser ses propres représentations de la situation du patient ; l'une agissant sur l'autre et inversement. Donc, pour établir une relation thérapeutique avec une mère présentant un TPB, il s'agira d'abord de questionner les représentations de l'infirmière sur cette mère et d'identifier les éventuelles contre attitudes. Cette clarification permettra de différencier ce qui est aidant de ce qui ne l'est pas dans le processus de relation.

Pour cela, il est essentiel de considérer la notion d'attachement. En sachant qu'un attachement est nécessaire pour qu'il y ait de l'empathie et que celui de ses mères sera plutôt de l'ordre évitant désorganisé, il est alors nécessaire que le soignant connaisse ses propres modalités d'attachement : s'il est aussi évitant et désorganisé, il n'y aura jamais de rencontre.

Cette question de la rencontre et de l'attachement nous ramène à la notion de co-construction du cadre thérapeutique. Plus ce dernier sera facilitant, plus la rencontre et les liens qui se tisseront s'inscriront dans la durée. Nous avons pu voir dans les articles de Laporte (2007) combien le cadre thérapeutique est important pour sécuriser la relation. Il est nécessaire d'« Etablir un cadre d'intervention clair en posant des limites, des objectifs précis et de fixer des règles que tous les intervenants doivent suivre afin de limiter le clivage. »

Ensuite, il semble nécessaire de prendre le temps de s'intéresser au vécu de ces mères et à leurs besoins. L'infirmière doit comprendre l'histoire de la patiente ainsi que les particularités de sa vie actuelle. Cela nécessite, selon les auteurs précités, que l'infirmière puisse faire preuve d'empathie, de transparence et d'authenticité à leur égard. Selon le point de vue des mères (Wilson, 2018 ; Beaudry, 2015), ce sont ces qualités relationnelles qui leur ont permis de se livrer et d'établir avec les intervenants une relation thérapeutique stable y compris quand ces mères étaient initialement pessimistes face à l'intérêt de l'intervention (Wilson, 2018). « Les parents attachaient de la valeur aux qualités personnelles perçues du thérapeute telle que « encourager », « ne pas juger », « être ouvert », « honnête », « être patient » [traduction libre] ( Wilson, 2018). La notion de stabilité est très importante pour les mères souffrant d'un TPB, donc, l'infirmière petite enfance qui s'engage dans cette relation doit pouvoir en assurer le suivi dans le temps. En effet selon Laporte (2007), le changement répété d'intervenant contribue à rendre le suivi chaotique pour les mères ayant un TPB.

Au regard de la complexité de la psychopathologie, il est également nécessaire de bien connaître le TPB pour comprendre la souffrance de ces mères et analyser leurs réactions. Dans l'étude de Laporte (2007), huit groupes de discussion ont réuni une centaine d'intervenants comme des travailleurs sociaux, des psycho-éducateurs et des infirmiers se sentant tous démunis dans leurs suivis de prise en charge. Ils n'avaient pas eu l'occasion d'acquérir un savoir, un savoir-faire et un savoir être spécifique à cette problématique. C'est pourquoi, en plus des préconisations nommées plus haut, les connaissances empiriques sont essentielles à l'analyse de ce type de situation. Comme le souligne plusieurs auteurs (Beaudry, 2015 ; Laporte, 2007 ; Stepp, 2012 ; & Wilson, 2018) la formation, la supervision et l'intervention des soignants sont primordiales. Cela apporte une plus-value à la prise en charge car l'intervenant peut comprendre la dynamique des interactions en jeu et développer une meilleure connaissance des facteurs pouvant précipiter une crise. Cela facilite la mise en place d'intervention adaptée à ses mères. Selon Laporte (2007) les interventions concrètes vont renforcer la relation et augmenter les ressources de ces mères. Voici un exemple tiré de notre clinique : une mère démunie par le refus de son fils de vouloir manger a été accompagnée par sa référente première ligne à domicile pour comprendre les enjeux en question autour des repas. Une proposition a été faite de manger ensemble à table car l'enfant mangeait habituellement seul. Lors du repas, l'infirmière a joué à « la cuillère avion » qui rentre au garage (dans la bouche). L'enfant, amusé, a reproduit le jeu et terminé son assiette. Une semaine après la mère appelait sa référente, ravie de lui annoncer que son fils mangeait maintenant beaucoup mieux. Cet exemple illustre bien comment la relation thérapeutique a permis d'accéder aux besoins de la mère et de permettre d'utiliser des stratégies de coping utiles à la mère comme à l'enfant.

Ces aspects peuvent être négligés dans un cabinet indépendant où le temps de consultation est précieux et où l'équipe est parfois réduite. De plus, la supervision ou

l'intervision a du sens si elle est menée par un professionnel compétent. Cela soulève donc la question de la mise en place du réseau de soutien. Qui l'infirmière peut-elle contacter pour assurer ce type de prestations ? Où peut-elle aller chercher les connaissances dont elle a besoin ? Il semble que s'adresser au service ambulatoire de psychiatrie en charge des troubles de la personnalité puisse apporter un premier soutien. Cependant, si la mère le lui permet, et en comprend l'intérêt, il serait idéal que l'infirmière puisse prendre contact avec son réseau de soin adulte pour coordonner les différentes actions à son plan de soin. Cela soulève la question de la place de l'infirmière petite enfance au sein du réseau de soin de la mère. Comment se positionner dans un réseau déjà dense, plus ou moins bienveillant ? Comment ne pas être perçu comme un élément persécutant ou dominant ?

Au regard du contexte socio politique actuel, est-ce réaliste de s'investir dans ce rôle en tant qu'infirmière ? Si nous nous basons sur les préconisations des auteurs précités (Beaudry, 2015 ; Laporte, 2007 ; Stepp, 2012 ; & Wilson, 2018), il ne fait aucun doute que ces interventions ont des effets bénéfiques pour les mères ayant un TPB comme pour leurs enfants. Pourtant, cette prise en charge nécessite un investissement important (temporel, organisationnel, personnel) et risque d'être mis à mal par le système de santé actuel qui préconise avant tout la rentabilité et les économies. Dans ce contexte, comment l'infirmière peut-elle défendre l'importance de son rôle auprès de ces familles et valoriser la plus-value de son travail dans une perspective au long cours ?

Ces questions s'ouvrent sur l'intérêt de concevoir notre travail avec un cadre théorique soutenant la philosophie de soin souhaité.

## **4.2. PERTINENCE DU CADRE THEORIQUE**

Nous avons choisi de travailler avec le cadre théorique de McGill car il nous semble correspondre au rôle qu'une infirmière petite enfance est susceptible d'utiliser dans un contexte de soins primaires ambulatoires. En effet, dans le modèle de McGill, le concept de partenariat infirmière/patient reprend les recommandations faites par Beaudry, 2015 ; Laporte, 2007 ; Stepp, 2012 ; Wilson, 2018 ; Mc Carthy, 2016 ; & Zalewsky , 2013) cités dans ce travail.

Dans ce concept, il est défini que « les éléments essentiels du partenariat de collaboration sont : le partage du pouvoir ; l'ouverture d'esprit et le respect ; le non-jugement et l'acceptation ; la capacité de tolérer l'ambiguïté ; et la conscience de soi et l'introspection. » (Pepin et al., 2017, p.66).

De plus, la perspective de partenariat permet l'implication de la mère en tant qu'actrice de soin ce qui permet la reconnaissance de ses compétences et de son savoir-faire. Ces deux éléments ont été utilisés et appréciés par les mères ayant un TPB dans l'étude qualitative réalisée par Wilson (2018), qui dit : « Les parents se

sont sentis écoutés, compris, et, par conséquent, encouragés et mieux accompagnés.», « Les parents ont décrit l'utilisation réussie de diverses stratégies parentales du programme HFP (par exemple l'établissement de limites avec l'enfant, l'utilisation de routines, le temps passé avec l'enfant). » [traduction libre]

Selon Gottlieb (2007), le processus de collaboration repose d'une part sur un partenariat d'égal à égal entre les infirmières, les patients et les familles en ce qui a trait au soutien, à l'information et à la défense des intérêts du patient. D'autre part sur une collaboration entre les prestataires de soins dans le but de planifier, de coordonner les actions et d'intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue. Au sein de la clinique, il s'agit de prendre contact avec les différents intervenants qui interagissent autour de la situation et de prendre le temps d'identifier les enjeux pour chacun. Il est souvent utile de retranscrire les conseils de chacun dans la réalité de la patiente. Cela permet souvent aux intervenants de comprendre le niveau d'exigences demandé aux mères et de pouvoir l'ajuster pour que les interventions soient aidantes et non accablantes.

Ces éléments font écho à l'importance de la cohésion du réseau mis en avant par Laporte (2007) et par Beaudry (2015) et renvoient au positionnement de l'infirmière dans la défense des droits du patient. Par exemple, au sein du réseau pour la protection de l'enfant, il est important de mettre en avant les ressources et les forces de la mère, de pouvoir décrire la manière avec laquelle elle s'est engagée dans des interventions facilitant la gestion des difficultés. En agissant ainsi, l'infirmière favorise le leadership du patient décrit dans le modèle de McGill. En reconnaissant son rôle d'actrice dans les soins à apporter à sa famille, il sera plus facile pour la mère de prendre conscience des droits et des besoins de son enfant et de pouvoir les concilier aux siens. Pour cela, le guide d'intervention de McCarthy (2016) offre des interventions concrètes qui amènent l'intervenant et la mère à se questionner sur les besoins de l'enfant, sur sa sécurité physique et émotionnelle par le biais de petits films ou de jeux de rôle. Ces interventions ont été très appréciées par les mères car cela leur ont permis de prendre conscience de l'impact de leur comportement sur leur enfant et ont facilité des changements pratiques dans leur quotidien.

Enfin, le modèle de McGill insiste sur le fait que « si la pratique infirmière est la raison d'être de la profession, la formation, quant à elle, est le moyen de préparer les professionnelles à l'exercer. » (Pepin et al., 2017, p.155). Cet élément valide le postulat selon lequel il est essentiel de bénéficier de données empiriques et de supervision pour assurer des soins de qualité aux situations spécifiques rencontrées, tel que cela a été recommandé par les différents auteurs présentés dans ce travail. McCarthy (2016) démontre dans son étude, l'utilité de former le personnel de santé à la problématique du TPB tout en offrant un guide pratique permettant d'aborder des thématiques concrètes sans stigmatiser les personnes atteintes de ce trouble.

L'utilisation du modèle de McGill dans cette situation nous paraît donc tout à fait pertinente à la lumière des recommandations.

### **4.3. LIMITES DE NOTRE TRAVAIL**

Ce travail de recherche est une revue de littérature non systématique. Nous n'avons donc pas exploré tous les articles en lien avec la thématique ce qui ne permet pas de proposer toutes les interventions existantes et prônées par les scientifiques.

Les résultats mis en avant dans notre travail peuvent être en partie transférés à un contexte de soins de santé primaire de l'enfant comme un cabinet de pédiatrie car ils proposent des interventions concrètes à l'infirmière comme à la mère. Cependant, comme développé plus haut, cela nécessite que l'infirmière prenne le temps de respecter un certain nombre de conditions pouvant être complexe à réaliser.

L'ensemble des articles retenus dans notre travail est de nature qualitative ce qui nous amène à la prudence sur la transférabilité et la généralisation de nos résultats et ne nous permet pas de présenter des résultats sous forme de statistiques. En effet, une seule étude (Beaudry, 2015) analyse les verbatims jusqu'à saturation des données, gage de fiabilité de l'étude et élément nécessaire pour la transférabilité de celles-ci. Globalement, le nombre de participants aux études reste faible ce qui représente également une limite.

Certains articles tels que Stepp (2012) et Zalewsky (2013) sont des articles écrits par des psychiatres et psychologues et sont davantage orientés sur la pathogénèse. En effet, nous n'avons trouvé aucune recherche spécifiquement infirmière sur notre problématique ce qui aurait été enrichissant pour notre travail.

Une autre limite à l'utilisation de nos résultats est la faible quantité d'articles scientifiques trouvés dans notre champ de recherche. En effet, au vu de la prévalence du TPB, nous sommes surprises du peu de recherches scientifiques concernant la prise en charge de ce trouble dans un contexte de soin non psychiatrique. Il nous semble intéressant d'approfondir quels sont les besoins spécifiques des mères ayant un TPB en dehors d'un contexte de mandat de surveillance du service de la jeunesse. Nous n'avons pas non plus trouvé d'articles s'intéressant aux besoins spécifiques des enfants ayant un parent souffrant d'un TPB. Enfin, nous n'avons pas trouvé d'articles scientifiques sur l'accompagnement de la parentalité de mères présentant un TPB dans un contexte de soins primaires de l'enfant. Néanmoins, tous les articles sont récents, ce qui démontre bien l'intérêt pour la pratique et l'actualité du sujet.

#### 4.4. PERSPECTIVES ET OUVERTURE SUR LA PRATIQUE

Au regard de ce travail de recherche, il apparaît que prendre en charge un enfant de mère présentant un TPB constitue un défi pour une infirmière de petite enfance en santé primaire. Voici les différents éléments que nous préconisons dans la pratique.

##### Etablir une relation thérapeutique

En nous appuyant sur le modèle de McGill développé plus haut et au regard du travail de recherche effectué, il apparaît pertinent d'apporter une attention particulière à l'établissement d'une relation thérapeutique sécuritaire avec une mère présentant un TPB. Nous avons pu identifier plusieurs éléments facilitant ce lien. Tout d'abord, prendre le temps de rencontrer la mère, de faire sa connaissance, de comprendre ce qu'elle vit dans son quotidien, tant sur le plan des ressources que sur ces difficultés et comprendre ce qu'elle attend de la relation de soin ; lui proposer une écoute empathique et non jugeante ; la valoriser dans ses compétences et souligner ses forces. Nommer les barrières et les facteurs de stress qui pèsent sur son quotidien. Aller rechercher les origines du développement des TPB : Cette mère est-elle seule, vit-elle ou a-t-elle vécu de la maltraitance, sa situation sociale est-elle précaire, peut-elle avoir du soutien du père, d'un entourage étayant ? Ces éléments vont favoriser l'alliance thérapeutique et permettre d'aborder la notion d'empowerment pour la suite de la prise en charge.

##### Déterminer des objectifs clairs et précis.

Au regard des éléments recueillis précédemment, l'infirmière, la mère et l'enfant pourront réfléchir à un plan de soin précis répondant aux attentes de chacun. En s'appuyant sur leurs expériences antérieures, l'infirmière et la mère pourront déterminer ensemble les priorités d'intervention en détaillant les étapes nécessaires. Afin de permettre à la mère de participer activement aux soins, il faudra identifier des objectifs atteignables, réalistes et offrir des moyens concrets pour aider à l'atteinte de ses objectifs. Il serait utile à ce stade de connaître l'implication de la fratrie, du père ou des personnes ressources de l'entourage et de les intégrer dans le processus de soin. Les groupes d'entraide peuvent aussi renforcer le sentiment de confiance des mères tout en connaissant les limites relationnelles.

##### Apprendre sur soi

En nous appuyant sur les résultats de recherche et sur notre expérience clinique, il nous semble essentiel que l'infirmière prenne conscience de ce que la relation thérapeutique lui renvoie. Les éventuels agissements émotionnels de la mère doivent être compris et analysés par le biais de supervision ou d'intervision avec des professionnels compétents et spécialisés dans le domaine des TPB. Cet aspect nous paraît primordial car il en va de la qualité des soins tant pour le patient que pour le soignant, qui risque de s'épuiser et de développer des contre-attitudes face à la mère.



## Collaborer

Il semble essentiel de clarifier les missions de chacun au sein du réseau et de coordonner les actions proposées en partenariat avec la mère. Déterminer ensemble le rôle de chacun (qui est en première ligne, quelles sont les personnes ressources pour la mère, pour l'enfant, pour l'entourage), et la manière avec laquelle le réseau va communiquer (fréquence, modalité de communication). S'assurer que cette organisation s'inscrit dans la durée afin d'offrir une stabilité dans la relation thérapeutique. Enfin être attentif à ce que l'ensemble des intervenants croient en la capacité de changement de la famille en mettant en place des actions limitant la stigmatisation au sein du réseau.

## **4.5. CONCLUSION**

Dans cette discussion, il nous a paru important de reprendre les éléments principaux de notre recherche afin de comprendre les éléments convergents des différents articles et de voir comment les intégrer à la clinique. Pour cela, le modèle de McGill a été facilitant car il soutient l'importance du partenariat dans une perspective humaniste où le rôle de l'infirmière est de promouvoir l'empowerment.

Nous pensons qu'il serait nécessaire de développer d'autres recherches scientifiques afin d'améliorer nos pratiques tout en nous appuyant sur des données probantes. Nous avons abordé la notion de stabilité des intervenants dans le temps, mais qu'en est-il de l'évolution des besoins de la famille ? Comment faire face à ces changements quand le trouble de la personnalité borderline est présent ? L'étude des facteurs aidants et entravants la prise en charge des mères borderline se décrivant stabilisées devrait se développer davantage afin de déterminer les interventions les plus adéquates.

## Conclusion

A l'issu de ce travail, il apparait que l'accompagnement des mères ayant un TPB et de leurs enfants demeure complexe. En effet, au-delà du trouble psychique, il y a avant tout une personne, une mère, un enfant dans un environnement particulier. C'est le défi et la force de l'infirmière de permettre la co-construction d'un partenariat permettant à chacun d'être en accord avec son environnement. La relation thérapeutique semble être une porte d'entrée privilégiée pour offrir à la famille ce type de prestation.

Ce travail a enrichi nos connaissances tant sur la problématique des mères présentant un trouble de la personnalité borderline que sur la méthodologie de recherche scientifique. L'apprentissage du respect des critères spécifiques à la recherche et la navigation dans les bases de données nous offre de nouvelles perspectives pour notre futur professionnel.

Cependant, nous avons été surprises du peu d'articles sur notre interrogation de départ portant sur la façon d'établir une relation thérapeutique avec une femme présentant un TPB dans le but de favoriser des stratégies de coping pour la santé de l'enfant comme de la mère.

Bien que les sept retenus répondent en partie à notre question, il semble nécessaire que d'autres chercheurs, idéalement issus du monde infirmier, s'y intéressent.

Comme démontré dans le premier chapitre, le trouble de la personnalité limite touche deux pourcent de la population générale, plus de femme que d'homme et donc un nombre certain de mère. Il est établi que cette pathologie provoque des caractéristiques sur le comportement des personnes malades, impactant ainsi également leur entourage et leurs enfants. Le défi, pour les professionnels, relève donc de mettre en place les meilleures stratégies d'interventions pour accompagner ces familles afin de garder une relation stable et juste.

Le deuxième chapitre explique au lecteur la méthodologie de recherche dans les bases de données telles que PubMed ou CHINAL ayant permis de sélectionner sept articles intéressants, proposant des actions concrètes de prise en charge. Ces articles ont ensuite été analysés à l'aide des grilles élaborées par JBI.

Les résultats sont décrits dans le troisième chapitre, permettant au lecteur de découvrir les interventions proposées par les différents auteurs. Nous relevons ici que travailler auprès des patientes ayant un TPB génère chez les soignants des sentiments plutôt négatifs comme de la colère, de l'impuissance ou de la peur. Ceci peut s'expliquer, entre autre, par un manque de connaissance sur la maladie psychique ce qui rend la formation du personnel primordiale ainsi que des supervisions régulières et de la collaboration interprofessionnelle. Il apparaît également que l'organisation des services, le temps à disposition et l'environnement

exerce un rôle important pouvant favoriser ou non la prise en charge. Le vécu des mères ayant un TPB permet de mieux comprendre les besoins réels de ces personnes qui subissent parfois de la stigmatisation. Leur témoignage offre un partage de leurs expériences positif envers les professionnels. Les interventions proposées par les auteurs s'accordent sur l'importance de favoriser le soutien à la parentalité et suggèrent l'adoption d'une attitude empathique, de collaboration, de relations interpersonnelles stables et de résolution de problème.

Le dernier chapitre relève l'importance de s'intéresser à cette thématique qui dénombre peu de données probantes. Le cadre théorique choisi dans ce travail permet de mettre en lien les résultats obtenus et le rôle de l'infirmière auprès des mères présentant un TPB. Ainsi, la notion de partenariat prend tout son sens auprès des professionnels puisqu'il favorise l'implication des patients et des familles dans les soins et surtout le partage de pouvoir permettant la mise en place d'interventions pour une meilleure gestion des difficultés. Les divers outils proposés par les auteurs représentent des aides précieuses pour les intervenants, même non formés en psychiatrie, afin d'adopter une approche thérapeutique sur la notion d'attachement, sur les comportements ou les aspects psycho-éducatifs. Le programme sur l'éducation parentale (HFP) offre aux mères et à leur clinicien une satisfaction importante.

Relevons encore que les limites décrites dans notre travail nous appellent à la prudence sur la notion de transférabilité et sur la généralisation des interventions dans la pratique.

Au fil de ce travail, différents questionnements sont apparus. Nous aurions aimé comprendre l'impact de la famille sur l'évolution de ces situations. Savoir si la fratrie pouvait constituer un facteur protecteur ? Comment le père pourrait-il trouver sa place et permettre à la famille de trouver un équilibre ? Cela améliorerait-il le degré de bien être de ces membres ? Si l'on interrogeait les mères à posteriori, qu'en diraient-elles ? Autant de questions que nous souhaiterions retrouver dans des recherches scientifiques futures afin que nous puissions continuer à affiner nos pratiques.

## Références

- Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(1), 131. <https://doi.org/10.3917/psyse.521.0131>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications: *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249- 256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Baden, A., (2014). Lycée technique pour profession de santé, *Infirmière de pédiatrie*, Luxembourg. Consulté le 17 octobre 2018 à l'adresse <http://www.ltps.lu/offre-scolaire/infirmier-en-pediatrie.html>
- Beaudry, M. (2015). *Les mères avec un trouble de la personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services* (Mémoire inédit). Université de Montréal, Faculté de médecine, Montréal.
- Biro, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, (80), 28- 38. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>
- Blog Psychologies. (n.d.). Consulté le 15 octobre 2018 à l'adresse <https://psychologie.aufeminin.com/forum/mere-borderline-toxique-et-tyrannique-je-dis-stop-fd1174936>
- Briggs, J. (2017). Critical-appraisal-tools, consulté sur le site [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001a). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, 16
- Chaix, Y. (2008). Item 32 : Développement psycho-moteur du nourrisson et de l'enfant : aspect normaux et pathologiques (psychomotricité, langage, intelligence). Troubles de l'apprentissage. Consulté à l'adresse [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item\\_32\\_Developpement\\_psychomoteur.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item_32_Developpement_psychomoteur.pdf)
- 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- 191.
- Cognard, M., & Wendland, J. (2015). L'expérience de la parentalité de mères psychotiques. *Dialogue*, 210(4), 99. <https://doi.org/10.3917/dia.210.0099>
- Deville, C. (2018). *Recherche de facteurs déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en thérapie systémique*. Thèse de doctorat inédite : Univ. Genève, 2018 - Méd. 10867 - 2018/01/11 <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:102530>

- Fortin, M- F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15 (157), 39- 44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2014). *Soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Québec : De Boeck édition.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97. <https://doi.org/10.7202/017799ar>
- Le Robert, Rey-Debove, J., & Rey, A. (2000). *Le nouveau petit Robert dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris: Dictionnaires le Robert.
- Linehan, M. M. (2011). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.
- Lori, G. I., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur rapport final*. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Martin, C. (2014). *Etre un bon parent : Une injonction contemporaine*. Dans lien social et politiques (Ed. de la collection) & Presses de l'EHESP (Ed. du volume) ,247p. Rennes.
- McCarthy, K., Jarman, H., & Bourke, M. (2015). Parenting with personality disorder intervention: a manual for health professionals : Project Air Strategy for Personality Disorders. *Illawarra Health and Medical Research Institute*, New South Wales, University of Wollongong.
- McCarthy, K. L., Lewis, K. L., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2016). A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0044-2>
- Nimmo, C. (Éd.). (s. d.). *Le petit Larousse illustré: 90 000 articles, 5 000 illustrations, 355 cartes, 160 planches, chronologie universelle* (Édition 2017).
- Organisation Mondiale de la Santé. (n.d.). Santé de l'enfant. Consulté le 22 octobre à l'adresse [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/development/fr](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/fr)

- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). Aide mémoire sur le droit à la santé. Consulté à l'adresse <https://www.humanium.org/fr/comprendre-droits-enfant/droit-a-la-sante/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). Préambule à la constitution de l'OMS. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/about/mission/fr/>
- Paris, J., Perlin, J., Laporte, L., Fitzpatrick, M., & DeStefano, J. (2014). Exploring resilience and borderline personality disorder: A qualitative study of pairs of sisters: Exploring resilience and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 8*(3), 199- 208. <https://doi.org/10.1002/pmh.1261>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Peplau, H. E. (1988). The Art and Science of Nursing: Similarities, Differences, and Relations. *Nursing Science Quarterly, 1*(1), 8- 15. <https://doi.org/10.1177/089431848800100105>
- Publishing, A. P. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Health Sciences France. Consulté à l'adresse <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>
- Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J.-P., Hazane, F., Carpentier, L., & Garrido, C. (2012). Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'information psychiatrique, 88*(3), 187. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8803.0187>
- RS 0.107 Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant. (s. d.). Consulté 25 juillet 2018, à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>
- RS 0.109 Convention du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées. (s. d.). Consulté 25 juillet 2018, à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20122488/index.html>
- Shelton, G. (2016). Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, 7*(6), 657 - 661.
- St-Antoine, M., (2011). Les troubles de l'attachement. *Revue professionnelle défi jeunesse*. Consulté à l'adresse <http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/03/Troubles-de-lattachement1.pdf>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality*

*Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76- 91.  
<https://doi.org/10.1037/a0023081>

Travelbee, J. (1964). WHAT'S WRONG WITH SYMPATHY? *The American Journal of Nursing*, 64, 68- 71.

Weber, P., & Jenni, O. (2012) Examens préventifs en pédiatrie. *Journal Swiss-Paediatria*, Vol.23 no.4. Consulté à l'adresse <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatria/vol23/n4/pdf/12-15.pdf>

Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, (6), 5- 27.

Wiert, Y. (2013). John Bowlby : la théorie de l'attachement. *Les grands dossiers des sciences humaines*, no 32, p. 32 à 37.

Wilson, R., Weaver, T., Michelson, D., & Day, C. (2018). Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder: a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1733-8>

Zalewski, M., & Lengua, L. J. (2012). Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD: Commentary on Stepp et al. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 101- 103.  
<https://doi.org/10.1037/a0026120>

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101- 1106.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

## Annexes

### ANNEXE A :

Grille d'analyse pour étude de cas

### JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



## Explanation of case reports critical appraisal

*How to cite:* Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

### Case Reports Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

#### 1. Were patient's demographic characteristics clearly described?

Does the case report clearly describe patient's age, sex, race, medical history, diagnosis, prognosis, previous treatments, past and current diagnostic test results, and medications? The setting and context may also be described.

#### 2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?

A good case report will clearly describe the history of the patient, their medical, family and psychosocial history including relevant genetic information, as well as relevant past interventions and their outcomes. (CARE Checklist 2013)

#### 3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?

The current clinical condition of the patient should be described in detail including the uniqueness of the condition/disease, symptoms, frequency and severity. The case report should also be able to present whether differential diagnoses was considered.

#### 4. Were diagnostic tests or methods and the results clearly described?

A reader of the case report should be provided sufficient information to understand how the patient was assessed. It is important that all appropriate tests are ordered to confirm a diagnosis and therefore the case report should provide a clear description of various diagnostic tests used (whether a gold standard or alternative diagnostic tests). Photographs or illustrations of diagnostic procedures, radiographs, or treatment procedures are usually presented when appropriate to convey a clear message to readers.

#### 5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?

It is important to clearly describe treatment or intervention procedures as other clinicians will be reading the paper and therefore may enable clear understanding of the treatment protocol. The report should describe the treatment/intervention protocol in detail; for e.g.

in pharmacological management of dental anxiety - the type of drug, route of administration, drug dosage and frequency, and any side effects.

#### **6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?**

A good case report should clearly describe the clinical condition post-intervention in terms of the presence or lack thereof symptoms. The outcomes of management/treatment when presented as images or figures would help in conveying the information to the reader/clinician.

#### **7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?**

With any treatment/intervention/drug, there are bound to be some adverse events and in some cases, they may be severe. It is important that adverse events are clearly documented and described, particularly when a new or unique condition is being treated or when a new drug or treatment is used. In addition, unanticipated events, if any that may yield new or useful information should be identified and clearly described.

#### **8. Does the case report provide takeaway lessons?**

Case reports should summarize key lessons learned from a case in terms of the background of the condition/disease and clinical practice guidance for clinicians when presented with similar cases.

### **References:**

Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, CARE Group. The CARE Guidelines: Consensus-Based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2013;53(10):1541-1547.

**ANNEXE B :**

Grille d'analyse pour une revue systématique

**JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

-----

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

-----

	Yes	No	Unclear	Not applicable
9. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

*How to cite:* Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):132-40.

When conducting an umbrella review using the JBI method, the critical appraisal instrument for Systematic Reviews should be used.

The primary and secondary reviewer should discuss each item in the appraisal instrument for each study included in their review. In particular, discussions should focus on what is considered acceptable to the aims of the review in terms of the specific study characteristics. When appraising systematic reviews this discussion may include issues such as what represents an adequate search strategy or appropriate methods of synthesis. The reviewers should be clear on what constitutes acceptable levels of information to allocate a positive appraisal compared with a negative, or response of “unclear”. This discussion should ideally take place before the reviewers independently conduct the appraisal.

Within umbrella reviews, quantitative or qualitative systematic reviews may be incorporated, as well as meta-analyses of existing research. There are 11 questions to guide the appraisal of systematic reviews or meta-analyses. Each question should be answered as “yes”, “no”, or “unclear”. Not applicable “NA” is also provided as an option and may be appropriate in rare instances.

### 1. Is the review question clearly and explicitly stated?

The review question is an essential step in the systematic review process. A well-articulated question defines the scope of the review and aids in the development of the search strategy to locate the relevant evidence. An explicitly stated question, formulated around its PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome) elements aids both the review team in the conduct of the review and the reader in determining if the review has achieved its objectives. Ideally the review question should be articulated in a published protocol; however this will not always be the case with many reviews that are located.

### 2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?

The inclusion criteria should be identifiable from, and match the review question. The necessary elements of the PICO should be explicit and clearly defined. The inclusion criteria should be detailed and the included reviews should clearly be eligible when matched against the stated inclusion criteria. Appraisers of meta-analyses will find that inclusion criteria may include criteria around the ability to conduct statistical analyses

which would not be the norm for a systematic review. The types of included studies should be relevant to the review question, for example, an umbrella review aiming to summarize a range of effective non-pharmacological interventions for aggressive behaviors amongst elderly patients with dementia will limit itself to including systematic reviews and meta-analyses that synthesize quantitative studies assessing the various interventions; qualitative or economic reviews would not be included.

**3. Was the search strategy appropriate?**

A systematic review should provide evidence of the search strategy that has been used to locate the evidence. This may be found in the methods section of the review report in some cases, or as an appendix that may be provided as supplementary information to the review publication. A systematic review should present a clear search strategy that addresses each of the identifiable PICO components of the review question. Some reviews may also provide a description of the approach to searching and how the terms that were ultimately used were derived, though due to limits on word counts in journals this may be more the norm in online only publications. There should be evidence of logical and relevant keywords and terms and also evidence that Subject Headings and Indexing terms have been used in the conduct of the search. Limits on the search should also be considered and their potential impact; for example, if a date limit was used, was this appropriate and/or justified? If only English language studies were included, will such a language bias have an impact on the review? The response to these considerations will depend, in part, on the review question.

**4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?**

A systematic review should attempt to identify “all” the available evidence and as such there should be evidence of a comprehensive search strategy. Multiple electronic databases should be searched including major bibliographic citation databases such as MEDLINE and CINAHL. Ideally, other databases that are relevant to the review question should also be searched, for example, a systematic review with a question about a physical therapy intervention should also look to search the PEDro database, whilst a review focusing on an educational intervention should also search the ERIC. Reviews of effectiveness should aim to search trial registries. A comprehensive search is the ideal way to minimize publication bias, as a result, a well conducted systematic review should also attempt to search for grey literature, or “unpublished” studies; this may involve searching websites relevant to the review question, or thesis repositories.

**5. Were the criteria for appraising studies appropriate?**

The systematic review should present a clear statement that critical appraisal was conducted and provide the details of the items that were used to assess the included studies. This may be presented in the methods of the review, as an appendix of supplementary information, or as a reference to a source that can be located. The tools or instruments used should be appropriate for the review question asked and the type of research conducted. For example, a systematic review of effectiveness should present

a tool or instrument that addresses aspects of validity for experimental studies and randomized controlled trials such as randomization and blinding – if the review includes observational research to answer the same question a different tool would be more appropriate. Similarly, a review assessing diagnostic test accuracy may refer to the recognized QUADAS<sup>1</sup> tool.

**6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?**

Critical appraisal or some similar assessment of the quality of the literature included in a systematic review is essential. A key characteristic to minimize bias or systematic error in the conduct of a systematic review is to have the critical appraisal of the included studies completed independently and in duplicate by members of the review team. The systematic review should present a clear statement that critical appraisal was conducted by at least two reviewers working independently from each other and conferring where necessary to reach decision regarding study quality and eligibility on the basis of quality.

**7. Were there methods to minimize errors in data extraction?**

Efforts made by review authors during data extraction can also minimize bias or systematic errors in the conduct of a systematic review. Strategies to minimize bias may include conducting all data extraction in duplicate and independently, using specific tools or instruments to guide data extraction and some evidence of piloting or training around their use.

**8. Were the methods used to combine studies appropriate?**

A synthesis of the evidence is a key feature of a systematic review. The synthesis that is presented should be appropriate for the review question and the stated type of systematic review and evidence it refers to. If a meta-analysis has been conducted this needs to be reviewed carefully. Was it appropriate to combine the studies? Have the reviewers assessed heterogeneity statistically and provided some explanation for heterogeneity that may be present? Often, where heterogeneous studies are included in the systematic review, narrative synthesis will be an appropriate method for presenting the results of multiple studies. If a qualitative review, are the methods that have been used to synthesize findings congruent with the stated methodology of the review? Is there adequate descriptive and explanatory information to support the final synthesized findings that have been constructed from the findings sourced from the original research?

**9. Was the likelihood of publication bias assessed?**

As mentioned, a comprehensive search strategy is the best means by which a review author may alleviate the impact of publication bias on the results of the review. Reviews may also present statistical tests such as Egger's test or funnel plots to also assess the potential presence of publication bias and its potential impact on the results of the review. This question will not be applicable to systematic reviews of qualitative evidence.

**10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?**

Whilst the first nine (9) questions specifically look to identify potential bias in the conduct of a systematic review, the final questions are more indicators of review quality rather than validity. Ideally a review should present recommendations for policy and practice. Where these recommendations are made there should be a clear link to the results of the review. Is there evidence that the strength of the findings and the quality of the research been considered in the formulation of review recommendations?

**11. Were the specific directives for new research appropriate?**

The systematic review process is recognized for its ability to identify where gaps in the research, or knowledge base, around a particular topic exist. Most systematic review authors will provide some indication, often in the discussion section of the report, of where future research direction should lie. Where evidence is scarce or sample sizes that support overall estimates of effect are small and effect estimates are imprecise, repeating similar research to those identified by the review may be necessary and appropriate. In other instances, the case for new research questions to investigate the topic may be warranted.

**References**

1. Whiting P, Rutjes AWS, Reitsma JB, Bossuyt PMM, Kleijnen J. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3:25 doi:10.1186/1471-2288-3-25.

**ANNEXE C :**

Grille d'analyse pour une recherche qualitative

**JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
20. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info 

Comments (Including reason for exclusion)



## Discussion of Critical Appraisal Criteria

*How to cite:* Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179–187.

### 1. Congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology

Does the report clearly state the philosophical or theoretical premises on which the study is based? Does the report clearly state the methodological approach adopted on which the study is based? Is there congruence between the two? For example:

A report may state that the study adopted a critical perspective and participatory action research methodology was followed. Here there is congruence between a critical view (focusing on knowledge arising out of critique, action and reflection) and action research (an approach that focuses on firstly working with groups to reflect on issues or practices, then considering how they could be different; then acting to create a change; and finally identifying new knowledge arising out of the action taken). However, a report may state that the study adopted an interpretive perspective and used survey methodology. Here there is incongruence between an interpretive view (focusing on knowledge arising out of studying what phenomena mean to individuals or groups) and surveys (an approach that focuses on asking standard questions to a defined study population); a report may state that the study was qualitative or used qualitative methodology (such statements do not demonstrate rigour in design) or make no statement on philosophical orientation or methodology.

### 2. Congruity between the research methodology and the research question or objectives

Is the study methodology appropriate for addressing the research question? For example:

A report may state that the research question was to seek understandings of the meaning of pain in a group of people with rheumatoid arthritis and that a phenomenological approach was taken. Here, there is congruity between this question and the methodology. A report may state that the research question was to establish the effects of counselling on the severity of pain experience and that an ethnographic approach was pursued. A question that tries to establish cause-and effect cannot be addressed by using an ethnographic approach (as ethnography sets out to develop understandings of cultural practices) and thus, this would be incongruent.

### 3. Congruity between the research methodology and the methods used to collect data

Are the data collection methods appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through phenomenological interviews. There is congruence between the methodology and data collection; a report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through a postal questionnaire. There is incongruence between the methodology and data collection here as phenomenology seeks to elicit rich descriptions of the experience of a phenomena that cannot be achieved through seeking written responses to standardized questions.

**4. Congruity between the research methodology and the representation and analysis of data**

Are the data analyzed and represented in ways that are congruent with the stated methodological position? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of grief by asking participants to describe their experiences of grief. If the text generated from asking these questions is searched to establish the meaning of grief to participants, and the meanings of all participants are included in the report findings, then this represents congruity; the same report may, however, focus only on those meanings that were common to all participants and discard single reported meanings. This would not be appropriate in phenomenological work.

**5. There is congruence between the research methodology and the interpretation of results**

Are the results interpreted in ways that are appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to inform practitioners about accommodating individual differences in care. There is congruence between the methodology and this approach to interpretation; a report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to generate practice checklists for assessment. There is incongruence between the methodology and this approach to interpretation as phenomenology seeks to understand the meaning of a phenomenon for the study participants and cannot be interpreted to suggest that this can be generalized to total populations to a degree where standardized assessments will have relevance across a population.

**6. Locating the researcher culturally or theoretically**

Are the beliefs and values, and their potential influence on the study declared? For example:

The researcher plays a substantial role in the qualitative research process and it is important, in appraising evidence that is generated in this way, to know the researcher's cultural and theoretical orientation. A high quality report will include a statement that clarifies this.

**7. Influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed**

Is the potential for the researcher to influence the study and for the potential of the research process itself to influence the researcher and her/his interpretations acknowledged and addressed? For example:

Is the relationship between the researcher and the study participants addressed? Does the researcher critically examine her/his own role and potential influence during data collection? Is it reported how the researcher responded to events that arose during the study?

**8. Representation of participants and their voices**

Generally, reports should provide illustrations from the data to show the basis of their conclusions and to ensure that participants are represented in the report.

**9. Ethical approval by an appropriate body**

A statement on the ethical approval process followed should be in the report.

**10. Relationship of conclusions to analysis, or interpretation of the data**

This criterion concerns the relationship between the findings reported and the views or words of study participants. In appraising a paper, appraisers seek to satisfy themselves that the conclusions drawn by the research are based on the data collected; data being the text generated through observation, interviews or other processes.

**ANNEXE D :**

## Grille d'analyse personnalisée

TITRE ARTICLE	
AUTEUR ET ANNEE	
Méthodologie : Type de recherche	
Position de la chercheure	
Devis et échantillonnage	
Questions/Objectifs	
Méthode	
Analyse des données	
Résultats	
Discussion	
Impact sur la pratique	
Ethique	
Limites de l'étude	