



INTERVENTIONS INFIRMIÈRES EFFICIENTES DANS LA PRISE EN SOINS DES PATIENTS BORDERLINE EN CRISE SUICIDAIRE

BENEDICTE AVENI

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

CLAIRE BONNET

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : DIANE MARTIN

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2018 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

RESUME

Problématique : Le suicide est un problème majeur de santé publique. Le trouble de la personnalité borderline est fréquent et figure parmi les troubles psychiatriques les plus à risque suicidaire. L'infirmier, professionnel en première ligne du patient, a un rôle central dans la gestion des symptômes de la crise suicidaire.

Objectif : Cette revue de littérature a pour objectif d'identifier des interventions infirmières efficaces pour l'accompagnement des patients borderline en crise suicidaire.

Méthodologie :

Critères d'inclusion : Individus touchés par un trouble de la personnalité borderline adultes sans comorbidité, traversant une crise suicidaire ; Type interventions : Infirmières ; Type résultats : Études dès 2007, menées dans des contextes de soins similaires, aboutissant sur des interventions.

Stratégie de recherche : Deux bases de données ont été consultées, PubMed et CINAHL. 6 articles ont été identifiés permettant de répondre à la question de recherche.

Synthèse des données : Les grilles de lecture critique de Fortin et Gagnon (2016) et la théorie de la gestion des symptômes ont permis d'analyser les résultats.

Résultats : L'établissement d'une alliance thérapeutique avec le soignant et le soutien des pairs, la reprise de responsabilités, l'évaluation du contexte de l'auto-mutilation et le renforcement du développement personnel par différentes techniques provenant de divers types de thérapies sont les principales interventions à fournir auprès du patient borderline suicidaire.

Discussion : Contrairement à la réputation très complexe de ces patients, certains traitements ont prouvé leur efficacité. Des recherches supplémentaires sur ce sujet sont néanmoins nécessaires, peu d'études traitent de cette problématique majeure, sont trop peu spécifiques au rôle infirmier, difficilement applicables en contexte de crise et affiliées à un paradigme de soins spécifique.

Mots-clés : Trouble de la personnalité borderline, suicide, rôle infirmier

AVERTISSEMENT

Les prises de position, 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 Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Juillet 2018, Bénédicte Aveni et Claire Bonnet

REMERCIEMENTS

Nous tenons premièrement à remercier chaleureusement Madame Diane Martin pour sa disponibilité et son accompagnement, essentiels à l'élaboration de ce travail.

Nous souhaitons également remercier l'Équipe Mobile pour Adolescents du Chuv pour ces discussions sur le sujet, ayant enrichi la réflexion clinique sur cette problématique majeure.

Nous remercions aussi nos proches, en particulier Justine Vidoudez, Laetitia Clerc, Ryan Chesaux, Johan Porchet et Nicole Bonnet pour leur soutien et leurs précieux commentaires.

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux: c'est le suicide » (Camus, 1942, p. 15)

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	1
2	PROBLEMATIQUE.....	2
2.1	Ampleur de la question suicidaire	2
2.2	La crise suicidaire.....	3
2.3	Le trouble de la personnalité borderline.....	4
2.4	Le trouble de la personnalité borderline et la question suicidaire	6
2.5	Prise en charge infirmière du trouble de la personnalité borderline.....	7
2.6	Question de recherche	10
2.7	Cadre de référence.....	10
3	METHODE.....	14
3.1	Stratégie de recherche documentaire.....	14
3.2	Articles sélectionnés.....	17
4	RESULTATS.....	20
4.1	Présentation tabulaire des résultats.....	21
4.2	Synthèse des résultats.....	35
4.2.1	Tableau de synthèse des résultats	36
4.2.2	Texte de synthèse des résultats.....	38
4.2.2.1	Expérience des symptômes.....	38
4.2.2.2	Stratégies de gestion des symptômes.....	38
4.2.2.3	Effets obtenus sur les symptômes.....	39
5	DISCUSSION.....	41
5.1	Mise en perspective des résultats avec le cadre de référence	41
5.2	Mise en perspective de la problématique avec la recension des écrits	43
5.3	Limites du travail.....	45
5.4	Caractère généralisable des résultats	46
5.5	Implication pour la pratique et la recherche	49
6	CONCLUSION	55
7	LISTE DES REFERENCES.....	57
8	ANNEXES.....	63

1 INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène connu de tout un chacun. Il touche en effet à l'essence même de l'individu, à la liberté de poursuivre sa propre vie ou d'y mettre fin (Camus, 1942). "Drame social" et personnel (Kaision & Gasser, 2016, p. 1574), il se définit comme « l'acte de se donner délibérément la mort » (2014, p.12) selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. Provenant du latin "sui caedere", l'acte de se tuer (OMS, 2014) suscite de nombreuses questions, mêlant des principes moraux, éthiques, philosophiques, juridiques, religieux, politiques et sociaux.

Avant tout, il s'agit d'un problème de santé publique majeur (Michaud, & Bonsack, 2017), un suicide étant commis dans le monde toutes les 40 secondes (OMS, 2018). Néanmoins, malgré l'étendue du phénomène et la pathologisation accrue de la population dans nos sociétés, il persiste comme un sujet extrêmement tabou et stigmatisé (Sudak, Maxim, & Carpenter, 2008). Bien que de nombreux auteurs aient tenté d'expliquer son étiologie (Michaud & Bonsack, 2017) et que de nombreux pays aient développé leur stratégie de prévention (OMS 2018), le suicide reste très souvent un mystère pour les proches, y compris pour le soignant perdant un patient dans de telles circonstances.

Mais si un tabou subsiste sur la question du suicide, il en existe également un autour du trouble de la personnalité borderline (Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015), malgré son importante prévalence au sein de la population (Koehne & Sands, 2008). Ce trouble est souvent associé à la question du suicide du fait qu'il figure parmi les troubles psychiatriques les plus à risque suicidaires (Oumaya, Friedman, Pham, Abdallah, Guelfi, & Rouillon, 2008). La suicidalité se trouve effectivement au coeur de la problématique du patient borderline, faisant partie à part entière de sa symptomatologie (Oldham, 2006).

Comme certaines études le démontrent, moins de 25% des individus suicidaires reçoivent une aide adéquate (Michaud, & Bonsack, 2017). Face à ce constat dramatique, l'infirmier, en tant que professionnel étant au plus près du patient, a un rôle capital à jouer dans l'accompagnement au quotidien du patient suicidaire et dans sa prévention.

Ce travail s'intéresse ainsi aux interventions infirmières probantes permettant l'accompagnement du patient borderline traversant une crise suicidaire. Il présente dans un premier temps des données concernant le suicide et définit les concepts principaux de ce travail, la crise suicidaire et le trouble de la personnalité borderline, aboutissant à la question de recherche. La théorie de la gestion des symptômes, constituant le cadre de référence infirmier pour appuyer la réflexion de ce travail est ensuite présenté, suivi par la méthodologie ayant été utilisée pour la recension des écrits. Finalement, les résultats de cette revue de littérature sont présentés et discutés.

2 PROBLEMATIQUE

Cette section du travail présente le phénomène étudié dans cette revue de littérature. Elle s'attarde ainsi premièrement sur des données concernant le suicide. La crise suicidaire est définie, constituant un des concepts principaux de ce travail, suivi par la définition du trouble de la personnalité borderline. Le rôle de l'infirmier auprès de cette population est ensuite explicité, ainsi que les difficultés couramment rencontrées par les soignants au contact de ces patients. Par la suite, la question de recherche de ce travail est énoncée, avec le cadre de référence choisi.

2.1 AMPLEUR DE LA QUESTION SUICIDAIRE

A l'échelle mondiale, le suicide constitue un problème de santé publique majeur, bien que très souvent sous-estimé (Maroudy, 2017 ; Obsan, 2016). Les statistiques révèlent en effet qu'au niveau mondial, en 2012, 804'000 décès par suicide ont été enregistrés, ce qui équivaut à 10.7 décès pour 100 000 habitants (OMS, 2014). De plus, ces chiffres seraient certainement grandement sous-estimés, les passages à l'acte suicidaire pouvant ne pas être identifiés comme tels (Costanza, Ambrosetti, Wyss, Bondolfi, Sarasin, & Khan, 2018), par erreur ou par le tabou qu'il constitue dans certains pays du monde où il est illégal (OMS, 2014). Le suicide reste néanmoins globalement la troisième cause de décès entre 15 et 64 ans (Observatoire suisse de la santé [Obsan], 2016) et la deuxième entre 15 et 29 ans (OMS, 2014).

La tentative de suicide, quant à elle, est définie comme « une action sans issue fatale, par laquelle un individu commence à adopter un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'un tiers, peut provoquer une atteinte à soi-même, ou par laquelle l'individu absorbe intentionnellement une substance à une dose dépassant celle qui est habituellement prescrite ou généralement considérée comme thérapeutique et ayant pour but de produire des modifications que le sujet désire (...) » [traduction libre] (Muheim et al., 2013, p.2). Son taux est bien plus nombreux que le taux de suicide, atteignant 11.4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes) (OMS, 2014). Alors que les hommes comptent trois fois plus de suicides accomplis, les femmes tentent en moyenne deux fois plus de se suicider que les hommes (Costanza et al., 2018). Les hommes usent en effet de méthodes plus fatales comme la pendaison, par rapport aux femmes agissant généralement plutôt par intoxication, associé à un taux plus faible de létalité (OFSP, 2016b).

En Suisse, ces chiffres s'élèveraient à une moyenne de deux à trois suicides par jour (Obsan 2016), soit quatre fois plus que le nombre de décès par accident de la route (OFSP, 2016b). En 2014, 754 hommes et 254 femmes ont mis fin à leurs jours (Obsan, 2016), ce chiffre n'incluant pas les suicides assistés. La Suisse serait l'un des pays d'Europe comptant le plus haut taux suicidaire (Obsan, 2016).

Le taux de tentatives de suicides est lui aussi alarmant sur le territoire helvétique, atteignant 4.5% pour la durée de vie de la population générale (Gaudry-Maire, Ohlendorf, Burnand, & Andreoli, 2009). Chaque jour en Suisse, 20 à 30 personnes sont prises en charge médicalement suite à une tentative de suicide, soit environ 10'000 par année (Obsan, 2016).

Dans la population permanente suisse, 2% des jeunes expérimenteraient tous les jours voire tous les deux jours des idées suicidaires (OFSP, 2016b). Ce chiffre s'élèverait à 1% pour les adultes et 0.5% pour les personnes âgées de plus de 70 ans (OFSP, 2016b).

Parmi les suicidés, les statistiques démontrent que 90% auraient présenté des symptômes d'un diagnostic psychiatrique avant leur passage à l'acte (OFSP, 2016b). En effet, le risque pour cette population de commettre un tel geste s'avérerait 50 fois plus élevé que dans la population normale (OFSP, 2016b). Ainsi, en 2011, en Suisse, 43 patients ont mis fin à leurs jours lors d'un séjour en hôpital psychiatrique (OFSP, 2016b).

En plus de l'ampleur de ces chiffres, le suicide ou sa tentative ne seraient pas uniquement problématiques et dévastateurs pour l'individu concerné, mais impacterait également fortement au niveau psychologique son entourage (Costanza et al., 2018). Le fait d'avoir une personne dans son environnement proche ayant commis un suicide ou une tentative de suicide constituerait un facteur de risque d'un futur passage à l'acte suicidaire (Costanza et al., 2018). La prise en charge d'un individu ayant commis une tentative de suicide constitue d'autre part des coûts très importants pour les services de santé, causant des dépenses directes et indirectes, atteignant une moyenne de 200 millions par année en Suisse (Costanza et al., 2018).

2.2 LA CRISE SUICIDAIRE

Le passage à l'acte suicidaire, qu'il soit "accompli", aboutissant au décès, ou "manqué", n'y aboutissant pas, serait le résultat, pour plusieurs auteurs, d'un cheminement progressif. « En effet, une personne ne se suicide pas de façon soudaine » (Lafleur & Séguin, 2008, p.8). Ce cheminement a pour appellation la "crise suicidaire". Bien qu'il ne s'agisse pas d'une entité nosologique homogène (Morasz & Danet, 2008), certains auteurs l'ont décrit comme un épisode de vie touchant surtout des personnes au passé traumatique à multiples facettes, les conduisant à ressentir une tension interne de plus en plus insupportable et à l'émergence d'idées suicidaires. Les autres solutions ayant été épuisées, le suicide est alors envisagé par l'individu comme la solution pour supprimer la douleur éprouvée (Morasz & Danet, 2008). Ainsi, selon l'OFSP (2016b), on ne se suiciderait pas par choix, « mais au contraire par manque de choix ».

La crise suicidaire est une période durant généralement 6 à 8 semaines (Lafleur & Séguin, 2008). « En effet, le geste suicidaire correspond à l'installation durable du désespoir. Cette souffrance à durée

déterminée sépare progressivement la personne de la vie. Celle-ci en fait le deuil pour mieux préparer son projet suicidaire » (Maroudy, 2017, p.30). La crise suicidaire se déploierait en 5 étapes particulières (Séguin, 2001, cité par Lafleur & Séguin, 2008). Premièrement, l'individu rechercherait activement des solutions à ses diverses difficultés. Progressivement, interviendrait la deuxième étape, marquée par le début des idées suicidaires. En effet, l'éventail des solutions diminuerait graduellement aux yeux de l'individu, au fur et à mesure que la détresse, à l'inverse, s'intensifierait. Les idées suicidaires seraient ensuite ruminées, puis se cristalliseraient, avant d'atteindre la cinquième et dernière étape, le passage à l'acte, intervenant fréquemment suite à un facteur déclencheur, pouvant paraître anodin de l'extérieur mais constituant « la goutte qui fait déborder le vase » (Séguin, 2001, cité par Lafleur & Séguin, 2009).

Ce concept, mettant en avant la temporalité dans lequel s'inscrit le passage à l'acte, a ainsi été pris en compte dans l'élaboration de ce travail, soulignant la possibilité d'une intervention auprès de la personne suicidaire.

2.3 LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Parmi les troubles psychiatriques les plus à risques d'un passage à l'acte suicidaire, les troubles de l'humeur, les addictions, la schizophrénie et les troubles de la personnalité sont pointés en priorité (OFSP, 2016b). Des études démontreraient en effet que 30% des individus décédant d'un suicide et 40% de ceux commettant des tentatives de suicide auraient présentés un trouble de la personnalité (Oldham, 2006). Les composantes impulsives, conflictuelles et affectives qui caractérisent ces troubles exposent ainsi cette population à un risque accru de passage à l'acte (Michaud & Bonsack, 2017). En somme, « Les troubles de la personnalité représentent une forme de vulnérabilité » (Michaud & Bonsack, 2017, p.192).

La personnalité est un terme difficile à définir, bien que souvent employé dans le sens commun. Il peut être défini comme « l'unité stable et individualisée d'ensemble de conduites » (Prévost, In Doron, & Parot, 2007, p.536). Ainsi, les troubles de la personnalité caractérisent le fonctionnement d'un individu de manière durable, en comparaison aux autres pathologies psychiatriques, se manifestant de manière plus ponctuelles. Ils s'initient généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et s'apaiseraient avec le temps (American Psychiatric Association [APA], 2013). Il s'agirait plus précisément d'une déviation durable de l'expérience vécue et des conduites de l'individu, par rapport aux normes et attentes culturelles (APA, 2013). Ce pattern serait présent dans une pluralité de contextes et donnerait lieu à une souffrance cliniquement significative chez l'individu en étant atteint (APA, 2013). Deux domaines doivent être reconnus déviants parmi ces quatre pour la pose du diagnostic de trouble la personnalité: la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions (APA, 2013). Selon Otto F. Kernberg (2004), psychiatre et psychanalyste de

renom, il existerait trois groupes distincts de troubles de la personnalité. Le groupe comprenant les personnalités caractérisées par des bizarreries, les personnalités dites dramatiques, et les personnalités anxieuses.

Parmi l'ensemble des troubles de la personnalité, le trouble de la personnalité borderline constitue le trouble de la personnalité le plus fréquemment rencontré en psychiatrie et celui étant le plus à risque suicidaire (Oumaya et al., 2008). Il présente en effet une prévalence d'environ 0.7% en Suisse (Papanikola, Borcan, Sanida, & Escard, 2015) et pouvant s'étendre jusqu'à 5% à une plus grande échelle (Mattia & Zimmermann, 2001). Ce type de patients constituerait ainsi une part importante de la population psychiatrique, comptant jusqu'à 10% des patients ambulatoires, et 20% des patients hospitalisés (Bland, Tudor, & Whitehouse, 2007).

Dans un langage plus psychanalytique, il s'agit d'un trouble de la personnalité appartenant à la structure dite des "Etats limites" (Mehran, 2006). Cette appellation regroupe des pathologies du narcissisme et se situe à la fois entre la structure névrotique et psychotique (Bergeret et al., 2012). D'après plusieurs auteurs, il s'agirait d'une entité distincte (Mehran, 2006), où le champs relationnel serait divisé en deux secteurs, « l'un conservant une évaluation correcte de la réalité, l'autre fonctionnant sur un mode moins réaliste, plus idéaliste » (Bergeret et al., 2012, p. 205). Kernberg proposerait le terme "d'organisation limite" plutôt que d'état ou de structure, soulignant la cohérence et la stabilité du système (Mehran, 2006).

La notion de trouble de la personnalité borderline a été développée quant à elle pour la première fois par Adolf Stern en 1938 (Mehran, 2006). De nos jours, la pose de ce diagnostic médical demeure cependant réputée comme complexe (Stigler & Quinche, 2011).

Dans la CIM-10, la Classification Internationale des Maladies, établie par l'OMS, le trouble de la personnalité borderline prend le nom de "Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline" (1993). Dans le DSM V, le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, établi par l'APA (2013), celui-ci prend le nom de "Trouble de la personnalité borderline". Ce trouble n'est apparu au sein du DSM que dans la troisième version, en 1980 (Mehran, 2006). Il était décrit comme faisant partie de l'axe II, jusqu'à l'événement du DSM V en 2013, regroupant les troubles de la personnalité avec les autres troubles mentaux (Guelfi, 2014). Le trouble borderline fait partie du cluster B, dites le groupe des troubles de la personnalité "Théâtral/émotif/erratique" (APA, 2013). Dans la CIM-10, il figure parmi le cinquième chapitre, traitant des "Troubles mentaux et du comportement", dans le sixième groupe (F6) (OMS, 1993).

Quatre sphères sont généralement touchées chez les individus ayant un trouble de la personnalité borderline et pour que le diagnostic soit retenu, cinq symptômes sur neuf doivent être présents (APA, 2013) :

Le trouble de la personnalité borderline est premièrement caractérisé par des difficultés au niveau de la régulation affective. En effet, les individus touchés par ce trouble présentent souvent une humeur labile, pouvant rapidement passer d'épisodes d'euphorie à des épisodes d'anxiété ou d'irritabilité. Elles peuvent également se caractériser par une difficulté à contrôler la colère, ressentie comme très intense, ou encore, lors de moments de stress importants, passer par des épisodes de dissociation ou d'idéations persécutrices.

Le deuxième domaine touché concerne le contrôle de l'impulsivité. Il peut se manifester dans divers contextes, notamment par des comportements de consommation excessive de substances, des dépenses inconsidérées ou des comportements sexuels à risque. Les individus ayant un trouble de la personnalité borderline sont également souvent caractérisés par une récurrence de comportements suicidaires, qu'il s'agisse de gestes, de menaces ou de comportements automutilatoires.

Le troisième domaine est la perturbation de l'image de soi. Ces individus sont en effet caractérisés par une identité instable, pouvant varier selon les contextes et les relations interpersonnelles. Ils expérimentent ainsi de manière chronique un sentiment de vide intérieur.

Finalement, le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par une instabilité au niveau des relations interpersonnelles, se manifestant par des efforts frénétiques afin d'éviter des abandons réels ou imaginés et par des relations passant rapidement d'un statut d'idéalisation à de la dévalorisation.

Ainsi, au niveau infirmier, les diagnostics infirmiers suivants de la NANDA International (2016) peuvent se rapporter à cette population : un « Risque de perturbation de l'identité », en lien avec l'instabilité de leur image d'elles-mêmes. Cette caractéristique implique un « Risque de diminution situationnelle de l'estime de soi », en fonction de leur contexte relationnel, voir un « Risque de diminution chronique de l'estime de soi ». Ces individus sont en effet souvent décrits comme vivant une importante instabilité relationnelle, pouvant correspondre au diagnostic infirmier « Interactions sociales perturbées ». Le « Contrôle émotionnel instable », l' « Anxiété » et le « Contrôle des impulsions inefficace » sont également caractéristiques du trouble, générant une émotivité intense. Ces caractéristiques peuvent expliquer et être reliées au diagnostic de « Risque de suicide », primordial à prendre en compte chez ce type de patients, allant de pair avec un « Risque de violence envers soi » et « envers les autres ».

2.4 LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE ET LA QUESTION SUICIDAIRE

Le suicide d'individus touchés par un trouble de la personnalité borderline constitue un enjeu de taille, d'une part par le fait que ce trouble touche une partie importante de la population générale, tel que cité

auparavant, mais également du fait que les comportements suicidaires sont extrêmement fréquents au sein de cette population. « Il est connu que les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ont généralement un risque suicidaire élevé » [traduction libre] (Oldham, 2006, p.23). Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est d'ailleurs le seul de la nosographie psychiatrique moderne où ce type de comportements figure comme critère diagnostique à part entière (Michaud & Bonsack, 2017). On relève en effet que 60 à 70 % des individus souffrants d'un trouble de la personnalité borderline tenteraient de se suicider au cours de leur vie et que 5 à 10% de cette population décèderaient par suicide (Michaud & Bonsack, 2017). Dans tous les cas, ce trouble est le trouble psychiatrique comptant le plus de tentatives de suicides (Holm, & Severinsson, 2001), avec une moyenne de 3.3 tentatives au cours d'une vie (Michaud & Bonsack, 2017), constituant un facteur de risque majeur de futurs passages à l'acte. En plus des passages à l'acte, les individus ayant un trouble de la personnalité borderline sont caractérisés par des comportements dits parasuicidaires, se définissant par des gestes non-suicidaires mais auto-dommageables, comme les consommations excessives de substances ou les gestes automutilatoires (Michaud & Bonsack, 2017), et pouvant donc s'avérer potentiellement dangereux (Oldham, 2006).

L'importante récurrence des tentatives de suicide et des suicides au sein de cette population pourrait s'expliquer par diverses raisons. Premièrement, l'importante détresse psychique caractérisant ce trouble, en lien avec divers de ses symptômes, tels que l'instabilité des relations interpersonnelles, un sentiment de vide intérieur chronique, l'instabilité de l'image de soi et l'intensité émotionnelle. De plus, l'impulsivité caractéristique pourrait faciliter le passage à l'acte. L'aspect suicidaire est ainsi central dans ce trouble et impacte fortement la qualité de vie de cette population. Ainsi, certains auteurs affirment que l'évaluation et la gestion adéquate du patient borderline en crise suicidaire s'avérerait même un des défis les plus importants de la psychiatrie moderne (Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2011), d'où le choix de développer cette thématique dans ce travail.

2.5 PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

En 2014, face à l'ampleur des chiffres sur la mortalité par suicide, l'OMS publie un rapport mondial d'urgence sur la prévention du suicide ayant comme créneau « Le suicide est évitable » (p. 2). En effet, bien qu'il constitue une réalité sociale universelle, il n'est désormais plus perçu comme « une fatalité » (Maroudy, 2017, p.17), des interventions à plusieurs niveaux et un soutien adéquat semblant permettre sa diminution (OMS, 2014). En effet, en Suisse, après avoir augmenté dans les années 1970, le taux de suicide a régulièrement diminué depuis 1980 jusqu'en 2010 (OFSP, 2016b), alors que des organes de prévention se sont mis en place depuis 1990 (Maroudy, 2017).

Les mesures proposées par l'OMS sont notamment le fait de restreindre l'accès aux moyens, et l'identification précoce et le traitement du patient suicidaire (2014). Ces mesures ont été reprises et adaptées au contexte Suisse depuis 2016, le Parlement ayant chargé en 2014 le Conseil fédéral de renforcer la prévention du suicide dans l'entier du pays (OFSP, 2016b). Un plan d'action pour la prévention du suicide a ainsi été mis en place avec comme objectif de « réduire les actes suicidaires lors d'une réaction aiguë – et souvent passagère – à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique » (OFSP, 2016a, p. 4). Dix objectifs principaux ont ainsi été choisis: « Renforcer les ressources personnelles et sociales, sensibiliser à informer sur la suicidalité, proposer une aide rapidement et facilement accessible, repérer à temps la suicidalité et intervenir précocement, soutenir de manière efficace les personnes suicidaires dans leur processus de guérison, diminuer les actes suicidaires en rendant difficile l'accès aux moyens létaux, soutenir les personnes ayant perdu un proche et celles concernées professionnellement par cette thématique, favoriser un traitement médiatique et une utilisation d'Internet et des moyens de communication numériques à effet préventif, encourager le monitoring et la recherche et disséminer les bonnes pratiques de Suisse ou de l'étranger » (OFSP, 2016a, p.5).

A ce jour, 27 autres pays mondiaux ont développé des stratégies nationales de prévention du suicide (OMS, 2014).

Ainsi, bien que la prise en charge des individus suicidaires soit un travail pluridisciplinaire, l'infirmier en psychiatrie a un rôle capital à jouer dans ce travail de prévention du suicide. Il est en effet considéré comme professionnel étant en “front-line” du fait de sa présence et des contacts accrus avec les patients (Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015; Michaud & Bonsack, 2017). Ce rôle se situe d'une part dans la prévention auprès de la population générale et des personnes à risque suicidaire, mais aussi dans la surveillance et la prise en soins de la crise (Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015; Lynch, Howard, El-Mallakh, & Matthews, 2008; Maroudy, 2017).

La question de l'évaluation suicidaire ainsi que l'ambition de trouver des interventions adaptées sont considérées par de nombreux auteurs comme étant problématiques pour le personnel infirmier (Lynch, Howard, El-Mallakh, & Matthews, 2008; Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015). S'il est déjà difficile d'évaluer le risque suicidaire chez tous types de patients confondus par manque de connaissances et de critères objectifs (Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015; Lynch, Howard, El-Mallakh, & Matthews, 2008), l'évaluation suicidaire chez le patient borderline est une part importante des soins psychiatriques (Bowen, 2013) mais s'avère encore plus complexe, et ce, pour diverses raisons.

Premièrement, les manifestations caractéristiques du trouble perturberaient les relations avec le personnel soignant et ainsi provoquer des contre-transferts importants. « Les patients ayant une

étiquette de trouble de la personnalité borderline provoqueraient plus de réponses négatives que les patients souffrants d'autres troubles psychiatriques » [traduction libre] (Bland, Tudor, & Whitehouse, 2007, p. 209). Effectivement, ces individus sont réputés comme usant fréquemment de manipulations, de clivage au sein des équipes, de violence verbale et comme étant très dépendants (Bland, Tudor, & Whitehouse, 2007). Ces stéréotypes biaisent assurément leur prise en soins (McEnany, & Tescher, 1985), devant normalement inclure un environnement sécurisant, un soutien adéquat et la création d'une alliance thérapeutique solide. La création de cette alliance s'avère réellement centrale dans la prise en charge de tout patient en crise suicidaire (Fowler, 2013), mais particulièrement du patient borderline (Michaud & Bonsack, 2017). En effet, « La suicidalité chez le patient borderline a (...) pour particularité d'être adressée la plupart du temps à son interlocuteur et doit par conséquent être entendue comme telle » (Michaud & Bonsack, 2017, p.194). Ainsi, les conflits avec les soignants pourraient interférer avec une évaluation suicidaire adéquate d'une part, et d'autre part, pourraient constituer un facteur déclencheur de passage à l'acte. La prise en soins adéquate de cette population dans le cadre d'une relation de confiance stable, pourrait à l'inverse réduire les gestes suicidaires et parasuicidaires (Michaud & Bonsack).

Dans tous les cas, le maintien d'une relation adéquate avec les patients suicidaires constitue une difficulté importante pour le thérapeute, de par la peur et le sentiment d'impuissance qu'un potentiel passage à l'acte peut provoquer (Fowler, 2012), sans compter les aspects moraux et légaux (Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2011). « On ne peut pas prédire avec certitude le comportement suicidaire futur d'un patient dans toute sa singularité, problématique confrontant les cliniciens dans le traitement des patients ayant un potentiel suicidaire » [traduction libre] (Oldham, 2006, p. 21).

De plus, une autre difficulté dans le cadre de l'évaluation du risque suicidaire chez le patient borderline est la différenciation entre le réel potentiel de passage à l'acte et celui étant plus de l'ordre de la menace ou de gestes automutilatoires (Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2011). Ces gestes, dits parasuicidaires, sont fréquents chez les patients borderline comme cité ultérieurement, et ont plusieurs intérêts¹. Cette répétitivité a pour risque de créer une certaine banalisation chez les soignants (Bland, Tudor, & Whitehouse, 2007; Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015), minimisation pourtant dangereuse. « Il est cependant erroné de penser que les patients ayant un trouble de la personnalité borderline qui manifestent des comportements auto-dommageables ne sont pas à risque suicidaire » [traduction libre] (Oldham, 2006, p.20). A l'inverse, ce type de comportements peut amener le soignant à surestimer le risque létal, et à mettre en place des interventions surprotectrices envers le patient (Michaud & Bonsack, 2017). Ainsi, malgré la chronicité du potentiel suicidaire chez les patients borderline, l'enjeu chez le soignant de première ligne est ainsi de distinguer adéquatement le

¹ D'après Michaud et Bonsack (2017), ces intérêts seraient la régulation des affects intenses dont le relâchement de la tension interne, la gestion de la dissociation, la prévention du suicide, l'expression de la colère, la communication d'une souffrance, rechercher des sensations dont la punition, et à exercer une influence interpersonnelle ou un contrôle.

réel potentiel de passage à l'acte suicidaire. Des études récentes soulignent néanmoins, malgré l'accumulation de données sur la suicidalité des patients borderline, le manque de connaissances permettant d'identifier les patients les plus à risques (Borschmann, Henderson, Hogg, Philipps, & Moran, 2012; Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2011).

2.6 QUESTION DE RECHERCHE

Face à l'ensemble de ces constats et au vu du manque de connaissances sur les pratiques à dispenser, ce travail se propose d'explorer les interventions infirmières scientifiquement reconnues dans les pays industrialisés auprès de la population borderline, au moment de la crise suicidaire. La question de recherche est ainsi de type exploratoire et se formule en ces termes :

Quelles sont les interventions infirmières efficaces dans la prise en soins des patients borderline en crise suicidaire ?

Afin de soutenir la formulation de cette question de recherche et de la rendre la plus complète possible, l'outil PICOT a été exploité. Celui-ci permet d'augmenter l'efficacité de la recherche en clarifier les éléments composant de la question de recherche (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Cet acronyme fait référence à la population à l'étude pour le P, aux interventions pour le I, à la comparaison pour le C, aux résultats pour le O, et à la temporalité pour le T. Ainsi, pour la question de recherche de ce travail :

P : Les individus touchés par un trouble de la personnalité borderline

I : Les interventions infirmières efficaces

C : Ne s'applique pas

O : La description des interventions infirmières efficaces afin de diminuer la crise suicidaire chez les personnes borderline

T : La crise suicidaire ou la période la précédant, cherchant ainsi à être prévenue

2.7 CADRE DE RÉFÉRENCE

Tel que dit précédemment, la crise suicidaire n'est pas une entité homogène (Morasz & Danet, 2008). Ainsi, ses manifestations et son vécu seront dépendants de nombreux facteurs qui sont propres à l'individu. Bien que certains symptômes soient répertoriés comme typiques de la crise suicidaire (Fowler, 2013 ; Michaud & Bonsack, 2017), il est reconnu qu'aucune de ces descriptions ne permet une surveillance et une évaluation certaines du potentiel suicidaire d'un individu (Michaud &

Bonsack, 2017). La nécessité s'impose ainsi de porter de l'attention à tous les individus étant dans une phase de vie perçue par eux comme douloureuse et dont les possibilités de résolution des problématiques diminuent (Lafleur & Séguin, 2009).

En parallèle au vieillissement de la population, et donc à l'accroissement du taux de personnes vivant avec des pathologies chroniques (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens Python, 2013), une équipe de chercheurs de l'Université de San Diego en Californie, dont Janice Humphreys en est l'auteure principale (Baeriswyl, Delmas, Cohen, Viens Python, & Eicher, 2013), ont créé dans les années 2000 une théorie nommée "Symptom Management Theory", dite "la Théorie de la gestion des symptômes" en français. Cette théorie se centre sur la nécessité à ce que les soignants placent l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient au cœur de la prise en soins (Eicher et al., 2013). En effet, lorsque la maladie, et plus précisément ses symptômes sont vécus de manière désagréable par les individus, ces derniers vont tenter de mettre en place des stratégies afin de les diminuer. C'est très souvent lorsque ces tentatives ont échoué qu'ils consultent les services de santé (Eicher et al., 2013). Les soignants se doivent ainsi de porter une grande attention à l'expérience des patients et à leurs symptômes afin de les aider au mieux à identifier les interventions et ressources adaptées et efficaces (Eicher et al., 2013).

Au vue de la cohésion entre cette théorie et le sujet traité dans ce travail, nécessitant une importante considération de la subjectivité du patient borderline suicidaire, cette revue de littérature prend appui sur cette théorie de soins infirmiers afin de soutenir sa réflexion. Certes, cette théorie ne définit pas spécifiquement les concepts principaux traités dans ce travail, tels que la crise suicidaire ou le trouble de la personnalité borderline. Néanmoins, elle propose une méthodologie pour la prise en soins infirmière correspondant précisément à celle recherchée dans ce travail. En effet, la question de recherche incite à l'identification et à l'analyse des symptômes vécus par le patient en crise suicidaire afin de trouver des stratégies lui permettant de gérer ses symptômes (Humphreys et al., 2013). Le patient est ainsi remis au centre et l'identification de stratégies permet un travail en amont, avant que toutes les solutions semblent épuisées, constituant un risque majeur de passage à l'acte (Lafleur & Séguin, 2008). Autrement dit, « La théorie de la gestion des symptômes apporte des informations utiles en vue (...) d'éliminer le symptôme et réduire la détresse liée à l'expérience vécue de ce symptôme » (Eicher et al., 2013, p.16), concordant précisément avec l'objectif de cette revue de littérature, dans une perspective de recommandations pour la clinique infirmière en psychiatrie.

Cette théorie infirmière de niveau intermédiaire présente les trois domaines propres aux sciences infirmières de la manière suivante :

La personne : Elle comprend des variables développementales, psychologiques, physiologiques, le genre, des variables sociologiques et démographiques. Ces aspects influencent la perception et les réponses données à l'expérience des symptômes (Dodd et al., 2001).

La santé/maladie : Sont caractérisées par l'état de santé ou de maladie d'un individu, incluant leurs facteurs de risques, les traumatismes ou les handicaps subis par la personne (Dodd et al., 2001). Ces caractéristiques influencent grandement l'expérience des symptômes (Landers, in Fitzpatrick & McCarthy, 2014).

L'environnement : Fait référence au contexte dans lequel les symptômes apparaissent, incluant ainsi des variables physiques, sociales et culturelles de la personne (Dodd et al., 2001). Ce contexte influencerait d'une part les stratégies de gestion des symptômes, mais d'autre part également les effets obtenus sur l'état des symptômes (Landers, in Fitzpatrick & McCarthy, 2014).

Selon les auteurs de la théorie de la gestion des symptômes, le symptôme est défini comme « une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne. A contrario, un signe se définit comme une manifestation objective de la maladie, identifiée par la personne elle-même ou par d'autres » (Eicher et al., 2013, p.16).

De manière plus précise, la théorie de la gestion des symptômes se divise en trois étapes distinctes, l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les résultats obtenus sur les symptômes (Humphreys et al., 2014) [annexe I]. Ces trois étapes seraient néanmoins inter-reliées, et s'influenceraient donc mutuellement (Baeriswyl et al., 2013).

L'expérience des symptômes, la première étape de ce modèle, se subdivise en trois phases. Premièrement, la perception des symptômes, survenant lorsque l'individu perçoit un changement inhabituel dans ses comportements ou dans ses sensations (Dodd et al., 2001). Ce changement est alors évalué par l'individu, constituant la deuxième étape. En effet, lorsque le symptôme s'inscrit dans une certaine fréquence et sévérité, il impacte sur le quotidien de la personne et est souvent jugé comme gênant (Eicher et al., 2013). Des réponses seront alors cherchées pour mettre en place des actions afin de faire face à ce désagrément (Eicher et al., 2013). Ces réponses, dernière phase de cette étape, peuvent être d'ordre physiologique, psychologique ou comportemental (Dodd et al., 2001).

Les stratégies de gestion des symptômes « représentent les efforts fournis par la personne pour prévenir, retarder ou minimiser l'expérience de ses symptômes » (Eicher et al., 2013, p.18). Elles visent globalement à une réduction de la fréquence, de la sévérité et à soulager le fardeau que constituent les symptômes pour la personne (Eicher et al., 2013).

Généralement, une combinaison d'interventions sont mises en place par la personne et par l'équipe infirmière afin de lutter contre les symptômes (Baeriswyl et al., 2013). De plus, l'implication de l'entourage ainsi que l'adaptation des interventions à la situation de la personne renforcerait les probabilités de diminution des symptômes (Baeriswyl et al., 2013). Afin de soutenir cette mise en place adaptée de diverses stratégies, les auteurs de la théorie proposent de répondre à ces questions spécifiques : Qui (soigne) ? A qui ? Combien ? Comment ? Pourquoi ? Où ? Quand ? Quoi ? (Eicher et al., 2013).

L'adhérence, « la manière dont le destinataire reçoit ou utilise la stratégie prescrite » (Eicher et al., 2013 p. 18), représente aussi un des concepts centraux de cette théorie. En effet, lorsque les stratégies proposées sont trop exigeantes, non applicables ou applicables avec effets variables, elles n'auraient pas les mêmes résultats sur l'état du symptôme (Eicher et al., 2013). Les domaines de la personne, de la santé/maladie et l'environnement jouent également un rôle important dans l'adhérence (Eicher et al., 2013).

Les effets obtenus sur l'état des symptômes, la dernière étape, se définit comme les résultats évidents sur l'état des symptômes (Humphreys et al., 2014) suite à l'adoption de stratégies de gestion des symptômes. Ces effets doivent être précis et mesurables afin d'évaluer de manière pertinente et objectivable le changement, se situant au niveau de la fréquence d'apparition, de la sévérité et de la pénibilité (Eicher et al., 2013). Les changements induits peuvent avoir de nombreux impacts, notamment sur le fonctionnement physique et mental, une amélioration de la qualité de vie, une réduction de la durée du séjour hospitalier ou un retour plus rapide au travail diminuant ainsi les coûts pour la personne et le système de santé (Eicher et al., 2013).

3 METHODE

Ce chapitre présente la stratégie de recherche documentaire ayant été effectuée dans ce travail afin d'obtenir des articles scientifiques primaires permettant de répondre à la question de recherche.

3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Suite à des essais sur diverses bases de données, celles ayant été sélectionnées pour cette revue de littérature sont *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) créé par le *U.S. National Library of Medicine* (accessible par PubMed), et le *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). En effet, ces deux bases de données électroniques permettent d'une part d'accéder à des articles scientifiques, et d'autres part sont celles utilisées principalement dans la recherche de littérature dans le domaine de la santé (Fortin & Gagnon, 2016). PubMed traite plus précisément des sciences biomédicales, alors que CINAHL des sciences infirmières et connexes de la santé (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans un premier temps, les mots clés de la question de recherche ont été sélectionnés, à savoir *trouble de la personnalité borderline*, *crise suicidaire*, et *interventions infirmières*. Ceux-ci ont ensuite été traduits en anglais, langue utilisée majoritairement sur les moteurs de recherche.

Suite à cette première étape, les mots clés ont été convertis en descripteurs par les thésaurus des deux bases de données, à savoir en *MeSH terms* dans PubMed (Medical Subject Headings), et en *CINAHL Subject Headings* dans CINAHL.

Le tableau ci-dessous récapitule ces différentes étapes et les résultats correspondants :

Mots clés	Traduction	Descripteurs PubMed	Descripteurs CINAHL
<i>Trouble de la personnalité borderline</i>	<i>Borderline personality disorder</i>	"Borderline Personality Disorder"[Mesh]	(MM "Borderline Personality Disorder")
<i>Crise suicidaire</i>	<i>Suicide crisis</i>	"Suicide"[Mesh]	(MM "Suicide") (MH "Suicide Risk") (MH "Suicide Prevention") (MH "Suicidal Ideation") (MM "Crisis Intervention")
<i>Interventions infirmières</i>	<i>Nursing interventions</i>	"Nursing"[Mesh] "Nurses"[Mesh] "Nurse's Role"[Mesh]	(MH "Nursing Interventions") (MH "Nursing Role") (MH "Nursing Care") (MH "Psychiatric Nursing")

Les critères de sélection des articles afin de constituer cette revue de littérature ayant été établis, sont les suivants :

Critères d'inclusion :

- Population à l'étude : Les individus touchés par un trouble de la personnalité borderline, adultes, des deux sexes, sans comorbidité
- Type de problématique : Les individus rencontrant une crise suicidaire
- Type de littérature : Infirmière, aboutissant sur des interventions infirmières et non médicales
- Type d'article scientifique : Etude qualitative ou quantitative, aboutissant sur des suggestions d'interventions

Critères d'exclusion :

- Population à l'étude : Autre trouble de la personnalité ou trouble psychiatrique
- Type de problématique : Les individus pratiquant de l'automutilation sans visée suicidaire
- Sujet de l'étude : Études centrées uniquement sur les représentations infirmières des patients ayant un trouble de la personnalité borderline
- Date : Articles datant d'il y a plus de 10 ans (avant 2007) pour des soucis de validité scientifique
- Langue : Articles rédigés en d'autres langues que l'anglais et le français pour des soucis de compréhension
- Lieu de la recherche : Études ayant été menées dans des pays pratiquant une médecine et des soins très différents de ceux dispensés en Suisse, pour des soucis de généralisation
- Type d'article scientifique : Revues de littérature exclues et études descriptives n'aboutissant pas sur des interventions

Afin de constituer l'équation de recherche, les différents descripteurs ont été reliés par les opérateurs booléens " AND " et " OR ". Ainsi :

Sur PubMed, les équations initiales de recherche ont été les suivantes :

((("Nursing"[Mesh])) AND "Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh]

Cette recherche donne 9 résultats, dont aucun ne correspond aux critères de sélection évoqués.

((("Nursing"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) OR "Nurse's Role"[Mesh]) AND "Suicide"[Mesh]) AND "Borderline personality disorder"[Mesh]

Cette recherche donne 10 résultats, dont aucun ne peut être retenu.

Sur CINAHL, les équations initiales ont combiné les différents descripteurs trouvés. En voici quelques exemples :

(MH "Nursing Care") AND (MM "Borderline Personality Disorder") AND (MM "Suicide")

(MH "Nursing Interventions") AND (MM "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Suicide Prevention")

(MH "Nursing Care") AND (MM "Borderline Personality Disorder") AND (MM "Crisis Intervention")

(MH "Nursing Interventions") AND (MM "Borderline Personality Disorder") AND ((MM "Suicide") OR (MH "Suicide Risk") OR (MH "Suicide Prevention") OR (MH "Suicidal Ideation") OR (MM "Crisis Intervention")))

Ces recherches donnent toutes 0 résultat.

La recherche suivante a donc été lancée, combinant tous les descripteurs :

((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Psychiatric Nursing")) AND (MM "Borderline Personality Disorder") AND (((MM "Suicide") OR (MH "Suicide Risk") OR (MH "Suicide Prevention") OR (MH "Suicidal Ideation") OR (MM "Crisis Intervention"))))

Cette recherche donne 3 résultats, dont un seul article correspond aux critères de sélection, ayant donc été retenu pour cette revue de littérature.

Ainsi, après de multiples tentatives et au vue du nombre extrêmement restreint d'articles trouvés sur les deux moteurs de recherche et peu pertinents en lien avec la question de recherche, une nouvelle stratégie documentaire a été adoptée. En effet, peu d'articles semblent à l'heure actuelle traiter dans la littérature infirmière de la prise en soins infirmière des patients borderline en crise suicidaire malgré l'importance de cette thématique. Bien que plus d'articles existent au niveau médical, cette problématique est également présente dans ce domaine, comme le soulignent Borschmann, Henderson, Hogg, Philipps, et Moran (2012) : « Urgent need for (...) evidence on effectiveness of crisis interventions for borderline personality disorder » (2012, p. 7).

Par conséquent, il a été décidé d'effectuer la recherche documentaire pour ce travail en deux étapes afin d'élargir les résultats. La première étape a été constituée par la recherche d'études traitant de la crise suicidaire chez les patients borderline, avec une sélection parmi les résultats des études provenant de la littérature infirmière. La deuxième étape de la recherche a ensuite exploré les ressources traitant plus globalement de la prise en soins infirmière chez les patients borderline.

Ainsi, les première équations, traitant de la crise suicidaire chez les individus ayant un trouble de la personnalité borderline sont les suivantes :

Sur PubMed :

("Suicide"[Mesh]) AND "Borderline Personality Disorder"[Mesh] Filters: Publication date from 2007/01/01; English; French

Cette recherche donne 314 résultats. Suite à la lecture de l'ensemble des titres et des résumés, 5 articles ont été retenus, permettant de répondre à la question de recherche et respectant les critères de sélection énoncés précédemment.

Sur CINAHL :

(MM "Borderline Personality Disorder") AND ((MM "Suicide") OR (MH "Suicide Risk") OR (MH "Suicide Prevention") OR (MH "Suicidal Ideation") OR (MM "Crisis Intervention")))

Cette équation donne 83 résultats, dont 4 articles correspondant aux critères de sélection. Ces articles sont les mêmes que ceux trouvés dans PubMed.

Pour la deuxième étape, les équations traitant des interventions infirmières du trouble de la personnalité sont les suivantes :

Sur PubMed :

((("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) Filters: Publication date from 2007/01/01; English; French

Cette équation donne 35 résultats, dont un article a été retenu car permettant d'apporter des interventions intéressantes au vue de la question de recherche.

Sur CINAHL :

(MM "Borderline Personality Disorder") AND (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Psychiatric Nursing")

Cette équation donne un nombre beaucoup trop élevé, 84'602 résultats, et qui ne semblent pas pertinents avec la question de recherche.

3.2 ARTICLES SÉLECTIONNÉS

Les 6 articles suivants ont ainsi été retenus pour cette revue de littérature, répondant aux critères de sélection et étant les plus pertinents pour répondre à la question de recherche :

Articles provenant de PubMed et de CINAHL :

- Koweszko, T., Gierus, J., Wiedlocha, M., Mosiolek, A., & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline patient : A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 324-32.
- Andreoli, A., Burnand, Y., Cochenec, M.-F., Ohlendorf, P., Frambati, L., Gaudry-Maire, D., ... Frances, A. (2016). Disappointed love and suicide : A randomized controlled trial of “abandonment therapy” among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 271-287.
- Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., & Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 574-582.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2001). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 165-73.

Articles provenant de PubMed :

- McMain, F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Steiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-148.
- Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians’account of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.

Il faut cependant remarquer que deux des articles sélectionnés ne répondent pas au critère de littérature infirmière ou d’interventions dispensées par des infirmiers. Ils ont tout de même été sélectionnés pour leur pertinence dans le rôle qu’a à jouer l’infirmier auprès du patient borderline en crise suicidaire.

Le premier, l’article de McMain, Guimond, Barnhart, Habinski et Steiner (2017) a été choisi d’une part pour son devis randomisé et donc son niveau de preuves élevé (Fortin & Gagnon, 2016), et d’autre part du fait de sa pertinence pour la question de recherche. En effet, la thérapie comportementale dialectique figure parmi les thérapies reconnues efficaces auprès des patients borderline (Antai-Otong, 2016) et les techniques abordées dans la recherche peuvent aboutir à des interventions infirmières tel qu’abordé postérieurement dans ce travail.

Le deuxième, la recherche menée par Maddock, Carter, Murrell, Lewin et Conrad (2010) fournit des données permettant des distinguer des gestes d’auto-mutilation suicidaires de ceux ne l’étant pas,

pouvant être des indications très profitables à l'infirmier dans sa prise en soins, comme à différents autres corps de métier.

4 RESULTATS

Cette section du travail présente dans un premier temps une synthèse sous forme tabulaire de chaque étude sélectionnée. L'analyse a été effectuée à partir des grilles de lecture critique de Fortin et Gagnon (2016) [annexe II et III].

Une synthèse des six articles est ensuite dévoilée, analysée selon le cadre de référence de travail, la théorie de la gestion des symptômes. Elle est présentée dans un premier temps de manière synthétique sous forme de tableau, puis sous forme narrative.

4.1 PRÉSENTATION TABULAIRE DES RÉSULTATS

Kowesko, T., Gierus, J., Wiedlocha, M., Mosiolek, A., & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline Patient: A case study. Archives of Psychiatric Nursing, 31, 324-32.

Buts de l'étude

1. Présenter une introduction à la procédure du modèle d'intervention de crise adressé aux patients borderline (le CIP-BP) ayant comme objectif de les aider dans la gestion émotionnelle de la crise dans un autre cadre que la psychothérapie classique.
2. Illustrer les différentes étapes de ce modèle.

Population

Une seule participante, dont l'auteur ne précise pas les critères d'inclusion.

Description de la participante :

- Femme
- 30 ans
- Ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline
- Contexte de vie actuel : Mère d'un enfant de 8 ans, sans emploi.
- Histoire de vie : Placée dans une famille d'accueil à l'âge de 5 ans en lien avec de la négligence familiale. Suite à une première tentative de suicide à l'âge de 15 ans et une première hospitalisation en psychiatrie, elle met au monde à 22 ans son fils, père d'un homme souffrant de problématiques d'addiction, avec lequel elle a vécu de nombreuses années. Elle

rencontre ensuite son nouveau compagnon, qui finira par la quitter après l'avoir secouru d'une nouvelle tentative de suicide.

- Contexte d'hospitalisation : tendances suicidaires en lien avec une crise émotionnelle.
- Méthode d'échantillonnage non probabiliste, accidentelle.

Devis de recherche

Devis qualitatif descriptif, une étude de cas.

Méthodologie

- Avant et après la procédure : **Borderline Symptom List (BSL-23)** de Bohus, Kleindienst, Limberger, Stieglitz, Domsalla, Chapman, & Wolf, (2009), pour auto-évaluer la symptomatologie borderline (23 items échelle de likert, échelle % du bien-être global et dernière partie sur les comportements dysfonctionnels).

- **Procédure du CIP-BP :**

La procédure a été menée en deux entretiens en face à face et seuls, d'environ 1 heure, menés à l'hôpital psychiatrique entre le 17 et le 24 octobre 2016, par un psychologue PhD.

Étape 1 : Établir une relation

Cette étape a comme objectif d'établir le contact avec le patient en crise.

Le thérapeute écoute le patient, lui permettant d'exprimer ses émotions. L'attention est surtout portée sur l'aspect affectif des réponses, plutôt que sur le contenu. Le thérapeute pose surtout des questions auxquels le patient peut répondre affirmativement, permettant qu'il se sente compris.

Étape 2 : Stabilisation affective

Cette étape a ainsi comme objectif d'aider le patient à retrouver un équilibre émotionnel ce

qui lui permettra de mieux tolérer les états émotionnels intenses à l'avenir.

Le thérapeute se focalise sur les affects du patient. Le chaos émotionnel dans lequel il se trouve peut en effet altérer la compréhension du patient de ce qu'il vit. Le fait de se sentir abandonné par le compagnon dans un moment de crise peut causer le désir de se punir, la perte du sens de la vie, de vide, et peut donner lieu à des comportements impulsifs. Il est ainsi très important de questionner le patient durant l'intervention sur ses ressentis et émotions, durant l'émergence de la crise. Le thérapeute valide les émotions, lui permettant de relativiser en lui montrant l'universalité de telles expériences humaines.

Étape 3 : Stabilisation comportementale

Le thérapeute ne renforce pas les comportements destructeurs manifestés par le patient. A la place, il l'aide à nommer les émotions, et à réaliser leur intensité. Il essaie de diriger le patient vers le fait de trouver des solutions. Donner des conseils directement n'est pas recommandé, excepté pour certains patients.

Une situation de crise diminue les compétences comportementales. Elle cause une excitation au niveau émotionnel, interférant avec les processus cognitifs et la capacité à se focaliser sur autre chose. Le rôle du thérapeute est d'identifier des stratégies de coping plus matures et constructives autres que les comportements impulsifs et autodestructeurs.

Étape 4 : Stabilisation cognitive

Au cours de cette étape, le thérapeute se focalise sur les processus cognitifs et leur influence, donnant fréquemment lieu à une perception de la réalité irréaliste, d'émotions négatives et de comportements inadaptés. Le

chaos émotionnel peut évoquer de nombreux souvenirs négatifs au patient, pouvant exacerber la désorganisation, la confusion et la distorsion de la réalité. Le thérapeute a ainsi comme tâche de refocaliser l'attention du patient sur l'ici et le maintenant quand ils manifestent des pensées noires ou blanches, catastrophiques, de généralisation excessive, etc. Il l'aide à identifier les distorsions cognitives, à nommer les émotions, les reliant à des causes spécifiques pouvant ainsi être résolues. Cette étape permet ainsi l'acceptation des événements à l'origine de la crise.

Etape 5 : Analyse des ressources et des solutions possibles

L'hospitalisation après une crise n'est souvent que la première étape de la guérison, étant fréquemment suivie par une psychothérapie ou des traitements ambulatoires. Il est ainsi important de soutenir le patient afin qu'il trouve des pistes de traitements ultérieurs et des solutions pour différents aspects de sa vie quotidienne.

Risque de comportement suicidaire

Si le patient relate des menaces ou des idées suicidaires, le thérapeute est sensé les clarifier avec le patient et déterminer leur cause. En effet, le désir d'en finir est souvent l'expression d'un manque d'espoir et de la volonté de fuir la réalité, qui est vécue comme dangereuse. Travailler à trouver des solutions ensemble avec le patient et apporter un soutien émotionnel peut prévenir de telles idées. Chaque moment de crise doit ainsi être

accompagné d'une évaluation du potentiel suicidaire et acquérir la garantie que le patient ne va pas entreprendre des actes autodestructeurs. Il est ainsi recommandé de demander au patient de compléter après chaque session le Reasons for Living Questionnaire de Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles (1983).

Ethique

L'auteur ne mentionne pas les aspects éthiques de son étude.

Résultats

BSL-23 :

- Diminution du total initial de 39 points à 6 points.
- Augmentation du bien-être général de 10% à 70%.
- Participante admet qu'avant les interventions, elle a plus fait part à d'autres personnes qu'elle allait se tuer, essayé de se suicider, de consommer de l'alcool et avait des monétées importantes de colère incontrôlable. Durant son hospitalisation, elle n'a néanmoins pas démontré de comportements destructeurs et a pu parler plus facilement de ses émotions.

Discussion, recommandations et conclusion

Le CIP-BP permet d'une part de gérer la crise des patients borderline, en rétablissant un équilibre émotionnel, en diminuant la symptomatologie et le risque de comportements suicidaires. Il constitue d'autre part une forme d'intervention de crise en dehors de la

psychothérapie, considérée comme le traitement de choix pour les patients borderline. Le CIP-BP peut ainsi être utilisé par plusieurs corps de métiers n'ayant pas des compétences avancées de psychothérapie, infirmier, psychologue ou médical, et peut permettre au patient de saisir la nécessité d'un suivi au plus long cours.

Malgré l'importante incidence du trouble de la personnalité borderline et de la crise suicidaire au sein de cette population, il n'existe actuellement aucune étude randomisée permettant d'accéder de manière sûre à un outil efficace d'intervention envers cette population, constituant ainsi un besoin urgent de la recherche future, qu'encouragent les auteurs.

Limites énoncées par les auteurs

1. Du fait du devis et de l'échantillonnage de l'article, la recherche ne peut être généralisée à une plus large proportion de la population.
2. L'étude a été menée par un psychologue, et non par un infirmier.
3. Le traitement pharmacologique et le contact avec d'autres spécialistes durant l'hospitalisation a également pu expliquer l'évolution clinique positive de la patiente.

Limites supplémentaires identifiées

- Lieu (pays, contexte) où a été mené la recherche non spécifié
- Aspects éthiques de la recherche non spécifiés

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

McMain, S., F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Steiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-148.

But de l'étude

Evaluer l'efficacité d'une courte session de thérapie comportementale dialectique par un essai randomisé ciblé vers des individus présentant un haut risque suicidaire avec un trouble de la personnalité borderline. Il s'agit d'entraîner cette population à des compétences spécifiques et d'évaluer l'efficacité par rapport à un groupe contrôle, de par la fréquence d'avènement de comportements d'auto-mutilation suicidaires ou non.

Population

84 participants, 42 dans le groupe expérimental et 42 dans le groupe contrôle.

- Pas de différence au niveau démographique entre les deux groupes, clinique et dans le nombre de tentatives de suicide ou d'épisode d'auto-mutilation
- Dans le groupe expérimental, 71% (n=29) ont été au bout du traitement, et 31% (n=13) l'ont lâché de manière prématurée, avec comme raison que les interventions n'étaient pas utiles (n=4) et problèmes de temps, médicaux, et de transport (n=9).
- Dans les deux groupes, 88,1% (n=74) ont suivi l'entier du processus d'évaluation de l'étude.

Critères d'inclusion :

- Avoir les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline tel que défini par le DSM IV
- Etre âgé entre 18 et 60 ans

- Avoir vécu au moins 2 tentatives de suicide ou épisodes d'auto-mutilation non suicidaires dans les 5 dernières années, avec un dans les 10 semaines avant le début de l'étude
- Capacité à comprendre l'anglais écrit et parlé

Critères d'exclusion(afin de maximiser la validité externe) :

- Avoir les critères diagnostiques d'un trouble psychotique, d'un trouble bipolaire de type I ou une démence
- Avoir les critères diagnostiques d'une pathologie du système nerveux ou d'une déficience mentale
- Avoir participé à un programme de thérapie comportementale dialectique au cours de la dernière année

Devis de recherche

Devis de recherche quantitatif expérimental, par essai contrôlé randomisé.

Méthodologie

- Avant l'étude, interviews pour s'assurer des critères d'inclusion diagnostiques de par les instruments The Structured Clinical Interview I (SCID-I) et The International Personality Disorder Exam (IPDE).
- Avant l'étude, interviews basés sur l'investigation de l'histoire des traitements.
- Suite à ces deux évaluations, tirage au sort aléatoire d'une enveloppe par chaque participant, le répartissant dans un des quatre groupes de 4 personnes
- Avant le début du module d'enseignement, le groupe expérimental a reçu une session de 90 minutes d'orientation. Les participants ont été encouragés à continuer leur thérapie habituelle ou à avoir une figure supplémentaire de soutien en dehors de l'étude, en cas de besoin.
- Le groupe expérimental a reçu durant 20 semaines, à raison de 2h par semaine, un

entraînement basé sur le développement de compétences créé par M. M. Linehan (1993 ; 2014), délivré dans un Centre de santé mentale et d'addiction à l'Université de Toronto. Les 5 modules de psycho-éducation enseignées ont été :

- Mindfulness
- Régulation émotionnelle
- Tolérance au stress
- Efficacité interpersonnelle
- Dialectiques

Psycho-éducation délivrée par 5 thérapeutes ayant en moyenne 8 ans d'expérience avec les patients borderline.

Les participants du groupe contrôle ont été mis sur une liste d'attente et étaient invités à continuer leur traitement habituel le temps de l'étude.

- Evaluations menées avant le début des interventions, à 10 semaines (milieu), à 20 semaines (fin), et à 32 semaines (3 mois plus tard). Rémunéré 10\$ de l'heure.

Première évaluation : Fréquence d'épisode de gestes d'auto-mutilation suicidaires ou non : Par the clinician-administered Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview (LSASI) et Self-report Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)
Deuxième évaluation : Changements dans la fréquence d'utilisation des services de santé (hospitalisations en psychiatrie, consultation en services d'urgence, médication) : Par un entretien semi-structuré, basé sur le Treatment History Interview-2 (THI-2). La symptomatologie borderline a été évaluée par the Borderline Symptom List-23 (BSL-23), the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) et la symptomatologie psychiatrique générale par the Barrett Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), et the Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR). Les stratégies de coping ont été évaluées par the

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), The Distress Tolerance Scale (DTS), et the Kentucky Inventory of Mindfulness Scale (KIMS).

- Analyses statistiques de l'échantillon par des t -tests (tests de Student) pour les variables continues et par des Tests du χ^2 pour les variables nominales. Les autres données ont principalement été testées par des modèles linéaires mixtes.

Ethique

- Etude approuvée par le comité d'éthique CAMH Research Ethics Board.
- Participants ont reçu et dû signer avant le début de l'étude un formulaire de consentement.
- Les coûts du traitement ont été couverts par le système de santé publique Canadien.

Résultats

Comportements suicidaires et d'automutilation :

Pas d'accomplissement de suicides dans les deux groupes le temps de l'étude.

Réduction importante dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle à 32 semaines (par LSASI non significative, $p < 0.04$, et NSSI, significative, $p < 0.08$).

Utilisation des systèmes de santé :

Réduction significative du nombre d'admission hospitalière en psychiatrie dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle à 10 semaines ($p < 0.001$) et à 20 semaines ($p < 0.001$), mais plus à 32 semaines ($p > 0.48$).

Différence significative dans le nombre de consultations en urgence entre les deux groupes à 20 semaines ($p < 0.06$).

Tolérance au stress et régulation émotionnelle :

Amélioration significative dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle ($p < 0.001$), mais pas concernant le mindfulness.

Niveau de colère :

Réduction significative dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle ($p = 0.013$). Le groupe expérimental a démontré des bénéfices, sans que la

différence soit significative, au niveau de l'adaptation sociale, des symptômes de détresse et borderline à 20 semaines, non maintenues à 32 semaines.

Changement au niveau de la clinique :

Réduction significative de l'intensité des symptômes dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle ($p = 0.024$) à 20 semaines, mais plus à 32 semaines.

Discussion, recommandations et conclusion

La plupart des individus souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont difficilement accès aux traitements spécialisés. Le besoin est ainsi urgent de trouver des options de soins pour cette population moins intenses que les traitements classiques. Cette étude s'inscrit ainsi dans ce contexte, où elle est la première recherche randomisée permettant d'enseigner un programme de compétences à une population de patients d'un format restreint. Ce format ne s'adresse néanmoins pas uniquement à une population vivant des symptômes d'une intensité moyenne mais aussi sévère, avec un haut risque suicidaire, comme dans cette étude. En effet, cette étude a permis de démontrer une amélioration dans le groupe expérimental des comportements auto-destructeurs par rapport au groupe contrôle, des bénéfices sociaux, au niveau des comportements agressifs, dans les stratégies de coping, de l'utilisation des services de santé, des symptômes de détresse et borderline.

Cette étude soutient ainsi l'hypothèse des bénéfices que peuvent avoir l'enseignement de compétences de coping délivrés aux patients borderline comme traitement complémentaire aux traitements classique et de courte durée afin de diminuer les comportements auto-destructeurs. Les recherches sur les interventions effectives pour les individus à haut risque suicidaire manquent néanmoins à l'heure actuelle.

Limites énoncées par les auteurs

- Résultats uniquement basés sur l'auto-évaluation des symptômes par les participants
- Traitements auxiliaires habituels des participants maintenus durant l'étude

- Evaluation de l'effet des interventions à relativement court terme (3 mois post-interventions).

Limites supplémentaires identifiées

- Absence d'indication sur la manière dont les participants ont été recrutés et donc impossibilité de déterminer la méthode d'échantillonnage

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians'account of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.

But de l'étude

Présenter les résultats d'une recherche exploratoire autour des expériences d'une bonne pratique d'après des infirmiers et autres professionnels de la santé mentale, travaillant dans une organisation spécialisée dans le traitement de personnes ayant un trouble de la personnalité borderline.

Population

9 cliniciens travaillant dans un service régional en Angleterre fournissant un traitement aux personnes ayant un trouble de la personnalité borderline, moyen ou sévère.

- 4 infirmiers, 3 thérapeutes sociaux, un art thérapeute et un psychiatre (sélection relative à l'importance du rôle de chaque profession envers cette population)
- Population interviewée avait travaillé entre 1 et 25 ans, 7,2 ans en moyenne
- 3 hommes, 6 femmes

Critère de sélection :

Avoir travaillé au moins 1 an dans le service

- ➔ Méthode d'échantillonnage non probabiliste, intentionnel.

Devis de recherche

Devis de recherche qualitative descriptive, recherche exploratoire.

Méthodologie

- Entretien semi-structurés (laisse parler les sujets de manière libre tout en assurant de bien cibler le sujet) :

- Quelle est votre expérience d'une bonne pratique ?
- Comment avez-vous appris cette bonne pratique ?
- Quelle structure et organisation a été nécessaire à cet apprentissage ?

- Entretiens menés pour 2 participants à domicile, pour 6 dans le bureau de recherche, et 1 sur le lieu de travail, dans une autre unité (lieu devait être arrangeant et confortable pour les participants)
- Entretiens enregistrés puis retranscrit par l'auteur
- Les données ont ensuite été analysées selon une approche thématique, basée sur la méthode de Braun & Clarke (2006) : Après la retranscription, les entretiens ont été lus de manière à tirer les données pouvant répondre à la question de recherche. Les données ont été codées, donnant un résultat de 183 citations. Ces citations ont ensuite été classées dans des groupes, réduites en des thèmes. Les entretiens ont finalement été relus pour vérifier que ces thèmes résument l'entier des données.

Ethique

- Recherche approuvée par le comité d'éthique local NHS.
- Les participants ont reçu 24h avant l'entretien des informations écrites sur son déroulement. Ils ont dû signer un formulaire de consentement et étaient avertis qu'ils pouvaient se retirer de la recherche à tout moment.
- Les participants sont maintenus anonymes tout au long de la recherche (initiales de noms fictifs, lieux de vie, nom de l'hôpital, etc.).

Résultats

Lors de l'analyse des données, l'auteur a identifié 9 catégories, restreint en 4 thèmes permettant d'après les participants, globalement de décrire une bonne pratique auprès des patients borderline :

1. Prise de décision partagée

Les participants soulignent l'importance d'avoir une structure permettant de faciliter une prise de décision partagée entre les patients et le personnel soignant. Cet élément permettrait de contrer la manière de penser typiques des patients borderline « noire ou blanc », de remettre le patient « au cœur de sa thérapie » et donc à ce qu'il prenne un plus haut niveau de responsabilités dans son traitement, et permettrait aussi de contenir un autre aspect typique, l'impulsivité.

Maintenir un dialogue constant aurait ainsi beaucoup d'importance, bien que plusieurs participants ont souligné sa difficulté, du fait qu'il s'agit d'un processus, contrastant avec les schémas rigides d'abandonnisme des patients borderline.

2. Rôles sociaux

Les différents participants soulignent l'importance d'identifier les rôles des patients en dehors de l'unité, dans une approche sociale. Les groupes de patients ou le fait d'avoir un travail sur l'extérieur sont ainsi des maillons essentiels à la thérapie, révélant des dysfonctionnements nécessaires à identifier mais invisibles dans d'autres conditions. Le patient rejoint et répète en effet des difficultés vécues quel que soit le contexte. Ces expériences lui donnent de nouvelles opportunités d'apprentissage essentielles à son bien-être futur, dans la mesure où une condition centrale est respectée : celle de reconnaître son potentiel d'évolution et sa force.

3. Soutien des pairs

Les participants soulignent l'importance pour une bonne pratique et l'évolution du patient, du soutien des patients les uns envers les autres. En effet, les thérapies de groupe seraient intéressantes pour prévenir les actes impulsifs, de par les feedback des pairs, leur permettant d'acquiescer une meilleure appréciation d'eux-mêmes.

Faciliter ce soutien a néanmoins été perçu comme difficile. Les membres du personnel doivent ainsi renoncer au rôle de ceux « sachant tout » et accepter le

processus de désillusion, afin de permettre au patient de trouver les ressources en lui-même.

4. Communication ouverte

La communication ouverte a finalement été soulignée comme centrale. Dans trois des unités de ce service, trois patients ont été élus par leurs pairs afin de maintenir un contact accru durant la journée et la nuit avec les membres de l'équipe pour discuter des problèmes et de planifier leur résolution. Ce mécanisme a été perçu comme un moyen efficace d'anticiper les crises ou de mieux les gérer, en maintenant le lien et leur responsabilité en leur donnant à tous la possibilité de prendre la parole.

Maintenir cette communication ouverte a néanmoins été souvent considéré par les participants comme difficile avec certains patients, les plaçant parfois dans une position de bon ou de mauvais objet, et rendant ainsi la confrontation comme une expérience catastrophique.

Discussion, recommandations et conclusion

L'auteur dit que son étude confirme des résultats trouvés par d'autres (Winship & Hardy's 2007), affirmant la nécessité d'un modèle social afin de traiter cette population.

L'auteur affirme néanmoins que ses résultats infirment d'autres études, notamment celles montrant des contre-attitudes fréquentes envers cette population (Bowers et al, 2000 ; Markham & Trower, 2003 ; Deans & Meocecic, 2006). Il défend en effet que ses participants ont démontrés une perception positive à son potentiel d'évolution. Plutôt que d'être considérée comme difficile à gérer, elle était perçue comme une perspective intéressante d'évolution et d'apprentissage.

L'auteur explique ses résultats, conformément à une étude antérieure, à la lumière de concepts de Winnicott de contenance, du rôle miroir de la mère et du processus de désillusion.

Cette recherche confirme ainsi l'importance d'être optimiste autour de la guérison, de l'intégration, de la négociation et de percevoir l'entier de la personne plutôt que les symptômes. Cette recherche a ainsi permis de transférer à la pratique infirmières ce modèle de guérison aux patients borderline. L'aspect innovant de cette étude est d'avoir souligné que bien que le modèle de guérison semble très recommandé pour ce groupe de patients, le processus de désillusion de l'infirmier est également impliqué dans la guérison.

Les résultats de la recherche encouragent ainsi la formation des infirmiers envers cette population, l'empathie étant identifié comme élément central de

l'évolution positive du patient (Krawitz, 2004 ; Treloar & Lewis's, 2008), nécessitant de l'entraînement, (Treloar, & Lewis, 2008), une vision partagée du traitement (Bergman, & Eckerdal, 2000) et une supervision adéquate (Evans, 2007).

Limites énoncées par l'auteur

L'auteur nomme comme limite le nombre restreint d'interview effectués pour cette recherche et le service spécialisé où elle s'est déroulée ne permettent pas de généraliser les résultats.

Il nomme néanmoins 5 critères de cette recherche permettant de supporter sa rigueur. Ces éléments sont : L'échantillonnage sélectionné de manière réfléchie, l'analyse des données selon une méthodologie précise, l'appui sur une théorie de soins pour étayer l'analyse, l'identification des limites par l'auteur, et une description étendue des résultats.

Limites supplémentaires identifiées

- Possible influence de l'intervieweur sur les réponses des participants

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

Andreoli, A., Burnand, Y., Cochenne, M.-F., Ohlendorf, P., Frambati, L., Gaudry-Maire, D., ... Frances, A. (2016). Disappointed love and suicide : A randomized controlled trial of “abandonment therapy” among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 271-287.

Buts de l'étude

- Déterminer si la psychothérapie centrée sur l'abandon (centrée sur les expériences amoureuses décevantes et de la perte du partenaire amoureux) est efficace pour réduire la suicidalité
- Déterminer s'il y a une différence au niveau de l'efficacité si la psychothérapie est dispensée par des psychothérapeutes (psychiatres et psychologues) ou par des infirmiers expérimentés

Population

170 patients au début de la recherche, échantillon de 150 pour les analyses finales

- Ayant entre 18-60 ans
- Répondant aux critères du DSM-IV du trouble de la personnalité borderline et de trouble dépressif majeur

Critères d'exclusion :

- Répondre aux critères du DSM-IV du trouble psychotique, trouble bipolaire I, dépendance grave aux substances, retard mental, incapacité à parler français et toute condition médicale excluant les antidépresseurs ou susceptible d'influencer de manière significative les résultats

Patients recrutés dans les services d'urgence des HUG (hôpitaux universitaires Genevois) suite à une tentative de suicide récente ou un acte autodestructeur grave,

nécessitant un traitement médical ou chirurgical et une hospitalisation en milieu psychiatrique

- Méthode d'échantillonnage non probabiliste, intentionnel

Devis de recherche

Devis de recherche quantitatif expérimental, par essai contrôlé randomisé

Méthodologie

- Comparaison entre psychothérapie centrée sur l'abandon délivrée par psychothérapeutes certifiés, psychothérapie délivrée par des infirmiers ayant de l'expérience dans la prise en charge de patients borderline, avec le traitement intensif communautaire dispensé habituellement, étant tous des intervenants formés en psychothérapie psychodynamique
- Les participants ont été répartis au hasard dans les trois groupes par un chercheur pas impliqué dans les suivis, grâce à un schéma de randomisation par bloc pré-généré développé et tenu par un statisticien. Celui-ci a préparé deux séries d'enveloppes scellées. La première série a été mise en place pour les 90 premiers participants. Par la suite, une deuxième série d'enveloppes a été utilisée pour une attribution ultérieure aux deux groupes expérimentaux. La répartition a été masquée aux cliniciens en charge des traitements.

Répartition des groupes : 30 patients dans le groupe témoin, 70 patients dans le groupe psychothérapie centrée sur l'abandon délivrée par psychothérapeutes et 70 patients dans le groupe psychothérapie délivrée par infirmières.

- Le traitement intensif communautaire a été conduit dans un service psychiatrique de crise incluant interventions infirmières, évaluation clinique hebdomadaire, médication, thérapie de groupe, soutien social, interventions familiales. Les patients ont été suivis durant leur

hospitalisation d'un mois et ensuite en référé à un traitement en ambulatoire de psychothérapie. Les interventions expérimentales ont combiné la psychothérapie centrée sur l'abandon avec un traitement anti-dépresseur (en majorité venlafaxine) durant 3 mois, 2 fois par semaine, avec interventions psychodynamiques s'intéressant aux expériences d'abandon et angoisses, aux expériences amoureuses décevantes. Le traitement inclut ces différents éléments, centré vers les expériences amoureuses décevantes :

- Négociation du contrat
- Confrontation systématique lors de menaces concernant la poursuite du traitement et la sécurité personnelle
- Favoriser l'alliance thérapeutique
- Aide au patient afin qu'il comprenne ses états émotionnels
- Partage d'expériences personnelles avec le patient pour favoriser la compréhension mutuelle
- Restructuration des distorsions cognitives, schémas, croyances associées aux émotions incontrôlées et aux cognitions sociales inadaptees
- Donner un aperçu des attitudes négatives comme l'impuissance, la honte

Interventions familiales

Les différentes étapes sont les suivantes :

- Contenir, débriefer des expériences traumatiques
- Apprendre à faire face à l'image du partenaire amoureux rejetant et décevant
- Se dé mêler de la souffrance actuelle associée aux pertes, en lien avec les expériences du passé
- Apprendre à distinguer une vraie relation amoureuse et de l'engouement impulsif

- Confronter aux croyances maladaptées et aux valeurs rendant difficiles la rupture avec des partenaires maltraitants
- Les thérapeutes du groupe expérimental ont tous été supervisés au cours des traitements dispensés auprès des patients
- Les évaluations ont été faites à l'admission et à 3 mois de suivi par des évaluateurs ne connaissant pas les répartitions des groupes. Ont pris la forme :
 - D'entretiens standardisés :
 - Structured Clinical Interview dor DSM-IV Axis I Disorders-Patient version (SCID-I/P, version 2.0)
 - International Personality Disorder Examination (IPDE)
 - Et de passation d'une batterie d'instruments :
 - Global Assessment (GAS)
 - Hamilton Depression Rating Scale 17 items (HDRS-17)
 - Clinical Global Impression (CGI)
 - Health Sickness Rating Scale (HSRS)
- Actes suicidaire, consommation de service de soins et hospitalisation ont également été classifiées
- A chaque passation d'évaluation, les patients étaient rémunérés 40\$
- Analyses statistiques de l'échantillon par des *t*-tests (tests de Student) pour les variables continues, par des tests du χ^2 et de Mann-Whitney *U* pour les variables non-paramétriques.

Ethique

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du Département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Genève et enregistré auprès de l'Agence Suisse pour le contrôle des médicaments.

Tous les participants ont signé un consentement éclairé avant d'être inscrits à l'étude.

Résultats

Echantillon :

- La majorité des patients sont actuellement dans une rupture amoureuse (94,7%), la moitié ont fait des tentatives de suicide dans le passé et la majorité ont rencontré un épisode dépressif dans le passé

Thérapie :

- Meilleure adhérence au traitement dans les groupes expérimentaux de thérapies centrées sur l'abandon (entre 92,9% et 94,3% de compliance)
- Prescription plus faible d'antidépresseurs dans le groupe contrôle que dans les groupes centrés sur l'abandon. Pas de différence significative entre le groupe de psychothérapeutes et infirmier.
- Moins de récurrence de tentatives de suicide dans les deux groupes expérimentaux que sur groupe contrôle bien que résultats non significatifs.
- Moins d'idéations suicidaires dans les deux groupes expérimentaux que sur groupe contrôle, sans différence entre ces deux groupes
- Moins de ré-hospitalisation dans groupes expérimentaux ($p = 0.012$) que dans groupe contrôle et meilleure survie à l'hospitalisation dans groupes expérimentaux
- Deux groupes centrés sur l'abandon ont montré une diminution des échelles GAS, CGI et HDRS, une meilleure tolérance aux symptômes, de meilleures relations interpersonnelles, une autonomie accrue et un meilleur ajustement aux conflits familiaux
- Fréquence du diagnostic de dépression majeure était plus faible à 3 mois dans les groupes expérimentaux que dans groupe contrôle
- Aucune donnée significative globalement entre le groupe centré sur l'abandon délivré par psychothérapeutes et celui délivré par infirmières

Discussion, recommandations et conclusion

- Malgré la complexité que représente le fait de travailler avec des patients gravement malades et en crise, on constate que les groupes expérimentaux de psychothérapies centrées sur l'abandon ont donné de meilleurs résultats que ceux du groupe contrôle, traité de manière habituelle.
- Résultats très positifs et assez proches que ceux obtenus dans des études antérieures, de thérapie comportementale dialectique
- Les résultats obtenus avec le groupe contrôle peuvent remettre en question la suffisance du traitement usuel
- L'efficacité de la thérapie centrée sur l'abandon serait probablement relié au fait qu'il s'agit de la préoccupation principale des patients borderline, la notion d'abandon et d'histoires romantiques
- L'absence de différence entre la thérapie dispensé par les infirmiers et par les psychothérapeutes pourraient être reliés à l'importance primordiales des capacités relationnelles présentes dans les deux groupes, notamment de par leur expérience
- Recommandations pour la pratique de futures recherches sur « le syndrome borderline », pouvant regrouper des caractéristiques d'autres troubles de la personnalité

Limites identifiées par les auteurs

- Taux très haut de rémission (75%) expliqués par le fait que patients arrivées lors d'une crise grave, diminuant généralement avec le temps
- Patients pourraient ne pas être représentatifs de la population borderline car est difficile de s'assurer de la validité du diagnostic borderline
- Exclusion de l'association du trouble de la personnalité borderline avec d'autres atteintes psychiques
- Présence plus élevée de prescription d'anti-dépresseurs dans les expérimentaux que dans le groupe contrôle, où le traitement médicamenteux était plus diversifié

Validité néanmoins augmentée par la taille de son échantillon, le fait que celui-ci était constitué de patients en crise et très à risque, venant d'un service d'urgence, utilisation d'échelles d'évaluation reconnues, randomisation de l'échantillon et l'existence d'un manuel

pour la formation relatant des interventions pour les besoins spécifiques des patients.

Limites supplémentaires identifiées

- Influence du psychothérapeute sur les résultats

- Influence du traitement anti-dépresseur ou médicamenteux sur les résultats

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., & Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 574-582.

Buts de l'étude

1. Comparer les raisons d'actes d'automutilation à visée suicidaires vs les actes d'automutilation non-suicidaires
2. Développer des modèles multivariés permettant d'identifier les variables indépendantes prédictives des actes d'auto-mutilation.

Sur une population australienne de patients borderline.

Population

70 femmes avec un diagnostic de trouble de la personnalité borderline et des épisodes récurrents d'actes d'auto-mutilation, sélectionnées de manière aléatoire selon un essai contrôlé randomisé venant de la thérapie comportementale dialectique, dans un Centre de psychothérapie à Newcastle, venant des alentours de cette région.

Critères d'inclusion :

- Femmes
- Etre âgées de plus de 18 ans
- Possédant les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline
- Ayant expérimenté au moins 3 actes d'auto-mutilation au cours de la dernière année

Critères d'exclusion :

- Etre âgées de moins de 18 ans
- Souffrant d'une affection organique, d'une psychose (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression dans le cadre d'une psychose)

- Comportements représentant une réelle menace pour le personnel
 - Handicap développemental
 - Vivant à plus de 2h de voiture du centre de psychothérapie à Newcastle
 - Incapacité à parler ou à lire l'anglais
 - Ayant déjà été traité pour les actes d'auto-mutilation
 - Comorbidité de consommation de drogues ou d'alcool, mais uniquement si ces consommations perturbaient la présence aux traitements
- ➔ Méthode d'échantillonnage non probabiliste, accidentel.

Devis de recherche

Devis de recherche quantitatif expérimental, par essai contrôlé randomisé.

Méthodologie

- Utilisation de plusieurs instruments :
- PHI-2 (The Parasuicide History Interview) : Questionnaire semi-structuré de 48 items permettant d'investiguer les raisons des actes d'auto-mutilation.
- CIDI (The Composite International Diagnostic Interview) : Questionnaire permettant de vérifier la présence d'une comorbidité psychiatrique en lien avec le DSM-IV.
- IPDEQ (the International Personality Disorder Examination Questionnaire) : Questionnaire permettant de vérifier la présence d'un trouble de la personnalité.
- Entretien clinique : afin de vérifier la concordance clinique avec les critères DSM-IV du trouble de la personnalité borderline.
- Après la passation du PHI-2, une analyse factorielle a permis d'identifier 4 facteurs dérivés :
 1. Soulagement d'une souffrance émotionnelle aiguë

2. Communication interpersonnelle et influence
3. Soulagement d'un inconfort émotionnel chronique
4. Evitement, échappatoire

Variable dépendante : Actes d'auto-mutilation délibérément suicidaires

Ont été mesurés par 3 items du PHI-2, basé sur l'acte d'auto-mutilation le plus récent du participant :

14 : Si l'acte d'auto-mutilation est considéré par le participant comme une tentative de suicide au moment de l'événement (réponse dichotomique, oui/non)

15 : Si l'acte d'auto-mutilation est considéré par le participant comme une tentative de suicide au jour d'aujourd'hui (réponse dichotomique, oui/non)

46 : Si l'acte d'auto-mutilation est considéré par l'évaluateur comme une tentative de suicide (échelle de Likert en 5 points permet un classement des actes d'auto-mutilation suicidaires [pas d'intention / intention minimale] à non-suicidaires [intention définie mais ambivalente / intention sérieuse / intention extrême]).

Variables indépendantes :

Covariables : Caractéristiques de la personne :

- Age
- Autres données démographiques (éducation, emploi, statut matrimonial)
- Comorbidité psychiatrique (axe I et II)
- Nombre de critères du trouble borderline selon le DSM-IV selon l'entretien clinique
- Nombre d'actes d'auto-mutilation dans la vie du participant, selon le PHI-2

Prédictives : Caractéristiques des actes d'auto-mutilation (tirés des items du PHI-2 :

1 : Méthodes utilisées pour l'auto-mutilation : blessure externe à la peau ou au tissu (coupure superficielle ou brûlure) / empoisonnement / autres méthodes (sauter, se poignarder, pendaison) (variable catégorielle)

2 : Désinhibition : Utilisation de drogue ou d'alcool avant l'acte d'auto-mutilation : présent / absent (variable binaire)

3. Impulsivité : lors de l'acte d'auto-mutilation prémédité (variable continue)

4. Contact de secours : après l'acte d'auto-mutilation : recherché / non (variable binaire)

5. Raisons de l'acte d'auto-mutilation : 31 propositions : oui / non ; synthétisées en 4 facteurs principaux

6. Efficacité de la résolution des raisons de l'acte d'auto-mutilation : Echelle de likert pour les 4 facteurs principaux

Analyses statistiques :

- Analyse univariées des actes d'auto-mutilation suicidaires versus non-suicidaires :
Comparaison des caractéristiques des sujets et des caractéristiques des actes d'auto-mutilation suicidaires versus non-suicidaires (analyse χ^2 pour les variables catégorielles et *t*-tests pour les variables continues). Lorsque la valeur *P* des variables indépendantes prédictrices était égal ou plus petite que 0,08, une régression logistique était effectuée.

- Analyses multivariées pour déterminer les variables indépendantes prédictrices des actes d'auto-mutilation suicidaires :
Analyse des caractéristiques des sujets et de l'acte pour prédire les actes d'auto-mutilation suicidaires par une régression logistique multivariées.

Différents groupes de variable ont également été créés et analysés selon cette méthode : variables alliant la méthode d'auto-mutilation (blessure externe à la peau / empoisonnement ou autres méthodes) et la recherche de contact de secours.

Ethique

Les auteurs ne précisent pas les aspects éthiques de leur étude.

Résultats

Caractéristiques démographiques :

- Le niveau d'éducation est l'unique variable prédictrice significative démographique entre les deux groupes ($p = 0,08$)

Méthodes utilisées pour les actes d'auto-mutilation :

- Les méthodes d'empoisonnement et d'autres méthodes (sauter, se poignarder, pendaison) montrent un risque accru d'actes d'auto-mutilation suicidaires ($p < 0,01$), en comparaison avec la méthode de blessure cutanée sans recherche de contact pour secourir, plus associées à des actes d'auto-mutilation non-suicidaires ($p < 0,01$)

Contacts de secours :

- Plus associés à des actes d'auto-mutilation suicidaires (88,46% vs 47,73%)

Raisons des actes d'auto-mutilation :

Aucun des 28 items reflétant les raisons spécifiques n'est significatif.

Concernant les 4 facteurs :

- Soulagement d'une souffrance émotionnelle aigüe (94,2%)
- Communication interpersonnelle et influence (67,1%)
- Soulagement d'un inconfort émotionnel chronique (75,8%)
- Evitement, échappatoire (52,9%)

Une tendance est remarquée dans les actes d'auto-mutilation suicidaires à être causées par le facteur évitement, échappatoire ($p = 0,02$) et par le facteur communication interpersonnelle et influence ($p = 0,07$).

Efficacité de la résolution des raisons de l'acte d'auto-mutilation :

Moins la résolution de la raison de l'acte d'auto-mutilation est effective, plus le risque d'un acte d'auto-mutilation suicidaire est élevé ($p = 0,04$ dans le modèle ajusté selon le niveau éducatif).

Discussion, recommandations et conclusion

- L'évaluation de l'existence d'idéation suicidaires et de la létalité des actes d'auto-mutilation n'est pas évidente, une co-existence pouvant être présente au moment de l'acte entre ces idéations et l'intention de survivre.
De plus, l'auto-mutilation est une méthode souvent utilisée par les patients ayant un trouble de la personnalité borderline comme stratégie de coping. Les connaissances du personnel soignant et médical de ces méthodes est ainsi nécessaire au traitement de cette population.
- Cette étude permettrait de souligner que les raisons spécifiques motivant des actes d'auto-mutilation ou certaines caractéristiques particulières des sujets ayant un trouble de la personnalité borderline ne permettent pas de distinguer les actes suicidaires des non-suicidaires. Cette étude démontrerait néanmoins que lorsque ceux-ci recherchent activement de l'attention, utilisant toute autre méthode que des blessures superficielles à la peau ou reportant un échec à trouver des résolutions effectives aux raisons motivant des actes d'auto-mutilation, devraient être considérés comme ayant une possibilité d'effectuer des actes à visée suicidaire.

Limites énoncées par l'auteur

- Population très spécifique (d'une clinique particulière, féminine, ayant eu plusieurs actes d'auto-mutilation et ayant des comorbidités) limitant la possibilité d'une généralisation.

Une attention particulière a néanmoins été mise d'après les auteurs dans cette étude quant à la validité interne, en mesurant certains biais potentiels, et en s'appuyant sur

des instruments ayant une validité reconnue. Les évaluateurs et les participants ignorent les objectifs spécifiques de l'étude, diminuant les possibilités d'influencer les données collectées.

Limites supplémentaires identifiées

- Aspects éthiques de la recherche non spécifiés

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(3), 165-73.

But de l'étude

Explorer comment un processus de guérison peut faciliter des changements sur le comportement suicidaire dans un échantillon de femmes ayant un trouble de la personnalité borderline.

Population

13 femmes, diagnostiquées comme présentant un trouble de la personnalité borderline

- Ayant entre 25 et 53 ans (39 ans en moyenne)
- Ont été recrutées par des infirmières en santé mentale, des thérapeutes de différents contextes et l'organisation "santé mentale" de la côte ouest de la Norvège.

Critères d'inclusion :

- Femmes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline

Toutes les participantes avaient des antécédents de comportements suicidaires, et 11 en avaient toujours actuellement lors des crises. Toutes sauf une avaient des antécédents de consommation abusive de drogue et/ou d'alcool, dont 5 continuaient lors des crises. Les participantes avaient été exposées à différentes formes de violence en tant qu'enfant ou adolescente et avaient subi, dans leur situation actuelle, un viol par leur partenaire, dont trois femmes par d'autres hommes.

- ➔ Méthode d'échantillonnage non probabiliste, intentionnel

Devis de recherche

Devis qualitative descriptif, de type exploratoire.

Méthodologie

Les données ont été obtenues sous forme d'interviews autour du processus de guérison :

- Pouvez-vous me dire si vous avez déjà essayé de vous suicider ?
- Si oui, pouvez-vous me raconter votre lutte pour changer vos comportements suicidaires ?

Les participantes pouvaient choisir le cadre dans lequel se déroulait l'entretien.

- Les interviews ont été relus de manière à identifier les passages autour des comportements suicidaires
- Ces passages ont ensuite été structurés selon différents thèmes et sous-thématique d'analyse en fonction des similitudes retrouvées dans les réponses des participantes.

Éthique

- Recherche approuvée par le comité d'éthique régional la Norvège Occidentale et le Service Norvégien des données sur les Sciences Sociales.

- ppLes participantes ont reçu des informations écrites et orales à propos du but de l'étude. La confidentialité et l'anonymat leur ont été assurés. Il leur était également garanti qu'elles pouvaient être mises en contact avec un professionnel de la santé si elles ne se sentaient pas bien après l'entretien, ce qui n'a pas été nécessaire à la connaissance des chercheurs.

Résultats

Les résultats ont mis en évidence deux thèmes principaux :

1. « Lutter pour assumer la responsabilité de soi et des autres »
2. « Lutter pour rester en vie en améliorant le développement personnel »

Le premier thème comportait trois sous-thèmes :

1. « La volonté de récupérer pour retrouver la force en soi »
 2. « La lutte pour être comprise comme la personne que tu es »
 3. « Récupérer en refusant d'être violé »
- Le deuxième thème comprenait un sous-thème :

1. « Récupérer en se sentant en sécurité et en confiance »

Ces différents thèmes ont mis en avant plusieurs items :

1. La difficulté à assumer des responsabilités pour soi et pour les autres et la tendance à plutôt laisser cette responsabilité à quelqu'un d'extérieur (conjoint, professionnel de la santé, etc)

Les raisons des comportements suicidaires sont d'accéder à une certaine paix et constituent un échappatoire du monde.

Les patientes se sentent mieux lorsqu'elles reprennent leurs responsabilités et s'occupent d'elles-mêmes

Ce processus de responsabilisation doit être initié par les personnes concernées, sinon, si cela est amené par autrui, cela créé beaucoup de culpabilité

2. L'impossibilité à se rendre compte du tort créé autour d'elles lors des passages à l'acte suicidaires

3. Se sentent mieux lorsqu'elles quittent l'environnement violent ou sexuel dans lequel elles vivaient même si cette décision est très difficile

1. Difficulté à vivre lorsque diagnostic de personnalité borderline leur est attribué car sont perçues comme patientes difficiles (« bad girls »)

2. Importance de se sentir en confiance et en sécurité, aidé par le fait qu'on croit en elles

3. Difficulté à exprimer ce dont elles ont besoin car ne savent pas elles-mêmes

Discussion, recommandations et conclusion

Le changement et le rétablissement sont possibles pour les femmes diagnostiquées avec un trouble de la

personnalité borderline et ayant eu des comportements suicidaires, dans la mesure où une lutte est initiée pour assumer leur responsabilité et améliorer leur développement personnel, en lien avec des troubles dans leur enfance, où elles ont dû assumer des responsabilités trop grandes et où le développement de leur identité a ainsi été négligé.

Cette étude a également mis en avant le besoin des patientes d'être comprises pour ce qu'elles sont et non stigmatisées selon un système de classification. La guérison est ainsi possible notamment par le fait de s'affirmer telles qu'elles sont réellement.

Pour la pratique, les auteurs soulignent l'importance à ce que les infirmiers ne se sentent pas impuissants et pessimistes lors d'une prise en soins des patients borderline et présentant des comportements suicidaires, ceux-ci pouvant développer de nombreuses ressources lorsque les soignants se montrent soutenant. Il y a la nécessité fait que les soignants comprennent les expériences vécues par le patient. Les soignants doivent ainsi constituer un soutien permettant d'encourager la sécurité émotionnelle et physique du patient, de l'aider à explorer et identifier ce dont il a besoin pour changer, de manière à faciliter l'espoir de récupération. Ce processus peut être initié par des groupes d'auto-réflexion, supervision clinique ou programme éducatifs continus.

La conclusion de cette étude suggère que les femmes ayant un trouble de la personnalité borderline manifestant un comportement suicidaire peuvent changer quand elles se sentent en sécurité, en confiance et comprises. Construire et entretenir la confiance et l'espoir semblent être la clé de la reprise du processus.

Limites identifiées par les auteurs

- Groupe très restreint de femmes venant d'un lieu spécifique de la Norvège, pouvant influencer la validité des résultats
- Les infirmières qui ont recueilli les interviews peuvent avoir influencé l'analyse des chercheurs en appuyant certaines citations des participantes et la signification des citations

Les auteurs nomment néanmoins plusieurs critères de la recherche permettant de supporter sa rigueur. Ces éléments sont : s'assurer que les perspectives des participants soient présentées de manière aussi claire que possible, un débriefing avec des pairs à plusieurs étapes de l'étude afin de diminuer la part d'interprétation personnelle des chercheurs, et le fait que les interviews ont été menés par des chercheurs en psychiatrie avec déjà une bonne connaissance du sujet

Traduction libre de l'anglais par Aveni Bénédicte et Bonnet Claire

4.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La synthèse des résultats est structurée selon la théorie de la gestion des symptômes, comportant trois catégories : l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les effets obtenus sur les symptômes.

4.2.1 Tableau de synthèse des résultats

Expérience des symptômes	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vécus fréquents de ruptures amoureuses (Andreoli et al., 2016) • Difficulté à assumer des responsabilités pour soi et pour les autres (Holm, & Severinsson, 2011) • Difficulté à vivre avec le diagnostic de personnalité borderline car perception de personnes difficiles (Holm, Severinsson, 2011) • Difficulté à exprimer ses besoins (Holm, & Severinsson, 2011) • Impossibilité de penser au tort créé aux proches lors des passages à l'acte suicidaires • Tendances accrues d'un passage à l'acte suicidaire lorsque la raison de l'automutilation n'est pas résolue (Maddock, Carter, Murrell, Lewin, & Conrad, 2010) • Tendances accrues d'une auto-mutilation suicidaire lorsque d'autres méthodes sont utilisées que des blessures cutanées (Maddock, Carter, Murrell, Lewin, & Conrad, 2010)
Stratégies de gestion des symptômes	
Prise de responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Holm & Severinsson, 2011 • Bowen, 2013
↳ Adhérence : Processus initié par l'individu	<ul style="list-style-type: none"> • Holm & Severinsson
Développement personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Holm & Severinsson, 2011
Retrait d'un environnement néfaste	<ul style="list-style-type: none"> • Holm & Severinsson, 2011
Soutien des pairs et rôles sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Bowen, 2013 • Maddock, Carter, Murrell, Lewin, & Conrad, 2010 • Holm & Severinsson, 2011

Communication et confiance avec équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Bowen, 2013 • Holm & Severinsson, 2011 • Maddock, Carter, Murrell, Lewin, & Conrad, 2010
Comportements parasuicidaires ou suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> • Holm & Severinsson, 2011
Effets obtenus sur l'état des symptômes	
Diminution des ré-hospitalisations et des consultations ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Andreoli et al., 2016 • McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Steiner, 2017
Amélioration du bien-être général	<ul style="list-style-type: none"> • Andreoli et al., 2016 • Koweszko, Gierus, Wiedlocha, Mostolek, & Szulc, 2017
Diminution de l'intensité des symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Koweszko, Gierus, Wiedlocha, Mostolek, & Szulc, 2017 • McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Steiner, 2017 • Andreoli et al., 2016
Diminution de la colère	<ul style="list-style-type: none"> • Koweszko, Gierus, Wiedlocha, Mostolek, & Szulc, 2017 • McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Steiner, 2017
Diminution des comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • Andreoli et al., 2016 • Koweszko, Gierus, Wiedlocha, Mostolek, & Szulc, 2017
Diminution de l'auto-mutilation	<ul style="list-style-type: none"> • McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Steiner, 2017
Diminution des passages à l'acte suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> • Koweszko, Gierus, Wiedlocha, Mostolek, & Szulc, 2017 • McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Steiner, 2017 • Andreoli et al., 2016

4.2.2 Texte de synthèse des résultats

La théorie infirmière sélectionnée, la théorie de la gestion des symptômes, permet le classement des résultats des études sélectionnées. Les résultats se situent à plusieurs niveaux. Ils permettent premièrement de saisir l'expérience des symptômes du patient borderline, de cerner les stratégies effectives pour y faire face et les effets obtenus.

4.2.2.1 Expérience des symptômes

Concernant l'expérience des symptômes, Andreoli et al. (2016) démontrent que la majorité des patients ayant participé à la recherche se trouvaient à ce moment dans un contexte de rupture amoureuse (94.7%). Les participantes de l'étude de Holm et Severinsson révèlent une difficulté à vivre avec le diagnostic de trouble de la personnalité borderline relié à sa stigmatisation (2011). Il y a également au sein de cette population une difficulté à exprimer ses besoins et à assumer des responsabilités pour soi et pour les autres (Holm & Severinsson, 2011). Ces résultats indiquent ainsi ce qui est perçu par les patients comme problématique au sein de leur trouble. La recherche de Maddock et al. (2010) démontre également que l'auto-mutilation, souvent pratiquée au sein de cette population, est plus souvent à risque d'être suicidaire lorsque la raison de cet acte n'est pas résolu, mais aussi lorsque les moyens utilisés sont l'empoisonnement, sauter, se poignarder et la pendaison, en comparaison avec les blessures cutanées ($p < 0.01$).

4.2.2.2 Stratégies de gestion des symptômes

Certains résultats d'études distinctes concordent entre eux, formant différentes catégories de stratégies de gestion des symptômes.

Premièrement, les études de Holm et Severinsson (2011) et de Bowen (2013) démontrent toutes deux l'importance de permettre aux patients borderline de prendre des responsabilités. D'après la recherche de Holm et Severinsson (2011), assumer ses responsabilités est d'ailleurs un facteur primaire de la guérison. Afin que cette stratégie de gestion des symptômes soit efficace, elle doit néanmoins être initiée par les patients, engendrant sinon, de la culpabilité (Holm & Severinsson, 2011). Il s'agit ainsi d'une condition d'adhérence à cette stratégie de gestion des symptômes. Une technique pouvant contribuer à cette responsabilisation, selon Bowen (2013) est une participation aux prises de décisions. Cette responsabilisation permet notamment de diminuer leur niveau d'impulsivité (Bowen, 2013).

Un autre aspect central est le soutien des pairs, permettant de réduire l'impulsivité des patients et d'acquérir une meilleure appréciation d'eux-mêmes (Bowen, 2013). Il y a ainsi un intérêt à ce que les soignants accordent de l'importance aux rôles sociaux des patients, révélant parfois des dysfonctionnements invisibles auprès des soignants (Bowen, 2013). Le fait d'être encouragé et de sentir que d'autres personnes croient en eux sont également essentiels (Holm & Severinsson, 2011).

La recherche de Maddock et al. (2010) dévoile l'importance de l'entourage en démontrant que la sollicitation des contacts de secours est plus associée à une auto-mutilation à visée suicidaire que non-suicidaire (88.46% vs 47.73%). Cette étude souligne également que l'auto-mutilation a tendance à être causée par le facteur interpersonnel (67.1%)($p = 0.07$)(Maddock et al., 2010).

De même, l'établissement et le maintien d'une confiance avec l'équipe soignante est essentielle (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011), permettant un sentiment de sécurité (Holm & Severinsson, 2011). Un moyen pouvant y contribuer est la communication ouverte, le fait de pouvoir s'exprimer librement, permettant d'anticiper les crises ou de mieux les gérer (Bowen, 2013).

Les comportements suicidaires sont perçus par les participantes de l'étude de Holm et Severinsson (2011) comme étant un moyen d'échapper aux problématiques de leur existence et de pouvoir songer à retrouver une certaine paix intérieur. Dans le même sens, Maddock et al. (2010) soulignent que l'auto-mutilation est un moyen d'échappatoire ($p = 0.02$) (52.9%) et de soulagement d'un inconfort émotionnel aigu (94.2%) ou chronique (75.8%). Dans la recherche d'Andreoli et al. (2010), sur 150 participants, la moitié auraient déjà commis une tentative de suicide, démontrant l'ampleur de cette stratégie au sein de la population borderline.

Selon l'étude de Holm et Severinsson, d'autres stratégies de gestion des symptômes sont le développement personnel et le retrait d'un environnement néfaste (2011). Ces catégories sont ainsi interreliées entre elles, la prise de responsabilités permettant d'oser notamment quitter l'environnement néfaste et violent.

4.2.2.3 Effets obtenus sur les symptômes

Concernant les effets obtenus sur l'état des symptômes suite aux différentes interventions présentées dans les articles, la recherche d'Andreoli et al. (2016) et de McMMain et al. (2017) notent une diminution significative des ré-hospitalisations et des consultations en urgence (McMMain et al., 2017). Dans cette dernière étude, cette tendance se limite à 10 et à 20 semaines après l'intervention ($p < 0.001$), disparaissant à 32 semaines ($p > 0.48$)(McMMain et al., 2017).

La recherche d'Andreoli et al. (2016) et de Koweszko et al. (2017) démontrent une amélioration du bien-être général des participants et du vécu des hospitalisations (Koweszko et al., 2017). Dans le même sens, plusieurs recherches démontrent, suite aux interventions, une diminution de l'intensité des symptômes borderline (Andreoli et al., 2016; Koweszko et al., 2017; McMMain et al., 2017). Cette diminution est significative durant 20 semaines ($p = 0.024$), mais ne l'est plus à 32 pour la recherche de McMMain et al. (2017) de thérapie comportementale dialectique. Dans l'étude d'Andreoli et al. (2016), les participantes montrent une meilleure tolérance à leurs symptômes, des relations interpersonnelles plus stables, un meilleur ajustement aux conflits familiaux et un accroissement de

l'autonomie suite à la thérapie centrée sur l'abandon. Dans celle de McMMain et al. (2017), une amélioration de la tolérance au stress et de la régulation émotionnelle est significativement démontrée dans le groupe expérimental ($p < 0.001$). Une diminution du niveau de la colère des patients est également constatée dans cette dernière étude et dans celle de Koweszko et al. (2017). L'étude d'Andreoli et al. (2016) démontrent d'ailleurs une baisse de la fréquence du diagnostic de dépression majeure à 3 mois dans les groupes expérimentaux et dans celle de Koweszko et al. (2017), une diminution de la volonté de consommer de l'alcool.

Une recherche montre également une réduction importante de l'auto-mutilation chez les participants 32 semaines après la recherche ($p < 0.08$)(McMMain et al., 2017) et trois études ont démontré une baisse des passages à l'acte suicidaires et de la volonté de le faire (Andreoli et al., 2016; Koweszko et al., 2017; McMMain et al., 2017). L'étude d'Andreoli et al. (2010) montre cette tendance, mais néanmoins pas de manière significative contrairement à celle de McMMain et al (2017). Andreoli et al. (2010) démontrent néanmoins une diminution significative des idéations significative par la dispension de thérapie centrée sur l'abandon ($p = 0.012$).

5 DISCUSSION

5.1 MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS AVEC LE CADRE DE RÉFÉRENCE

La théorie de la gestion des symptômes, choisie comme cadre de référence de ce travail, a été extrêmement aidante dans son élaboration, et ce, à plusieurs niveaux.

En effet, cette théorie infirmière met l'accent sur le vécu des patients, soulignant la nécessité de les comprendre afin de les accompagner au mieux (Baeriswyl et al., 2013). Ce principe, essentiel pour toute prise en soins en psychiatrie mais aussi plus globalement, dans tout contexte de soins, semble d'autant plus important avec les individus atteints d'un trouble de la personnalité borderline. En effet, ce trouble est caractérisé par une instabilité identitaire, où les interactions avec l'entourage ont une influence capitale sur l'état affectif du patient. Les relations ont donc un impact considérable sur la détresse que peut ressentir le patient, pouvant le mener à des comportements auto-dommageables, et à terme, à une crise suicidaire, tel qu'explicité auparavant dans ce travail. C'est effectivement en s'intéressant au vécu du patient que l'infirmier pourra identifier les interventions les plus pertinentes pour le patient et adaptées à sa propre expérience. La recherche de Maddock et al. le souligne (2010), démontrant un risque accru d'auto-mutilation suicidaire si la raison causant la détresse n'est pas résolue, soulignant la nécessité de plans de soins tournés vers les besoins de l'individu.

De plus, mettre le vécu du patient en avant et prendre appui sur sa perception et les ressources mobilisées semble très pertinent auprès du patient borderline dans une perspective de responsabilisation. En effet, en lien avec la carence identitaire du patient borderline, une tendance à craindre les responsabilités et à s'en défaire est observée, tel que le souligne la recherche de Holm et Severinsson présentée précédemment dans ce travail (2011). Cette crainte peut être à l'origine de la difficulté à exprimer ses besoins, aspect pourtant essentiel du bien-être d'un individu (Holm & Severinsson, 2011). Cette tendance à fuir les responsabilités est notamment observable par la fréquence de mécanisme de défense telle que l'identification projective au sein de cette population (Mehran, 2006), consistant en la projection d'aspects psychiques insupportables à l'intérieur du corps d'un autre individu (Bronckart, In Doron, & Parot, 2007). Ainsi, la théorie de la gestion des symptômes, considérant le patient et son expérience de la maladie comme centrale (Eicher et al., 2013), pourrait encourager la diminution de ses défenses psychiques et son autonomisation plutôt qu'une dépendance au sein de la relation de soins. Retrouver cette autonomie est d'ailleurs un des objectifs primaires poursuivis par l'infirmier (Eicher et al., 2013).

Cette théorie infirmière a également permis de classifier les résultats des articles sélectionnés selon ces trois catégories, et a donc, conformément à l'objectif primaire d'un cadre de référence (Fortin & Gagnon, 2016), apporté une meilleure compréhension de leur signification.

En effet, les données acquises au niveau de l'expérience des symptômes des patients borderline permettent de mieux comprendre leur vécu et les aspects de leur quotidien considérés par eux comme problématiques. Ces aspects peuvent donc agir comme alertes cliniques d'une part pour les soignants, mais aussi pour les patients eux-mêmes, dans un objectif d'identification et de compréhension de la crise. Il s'agit ainsi d'indicateurs précieux en termes de prévention des actes suicidaires, mais aussi pour le traitement du trouble. Un individu se trouvant dans une période où il a beaucoup de peine à assumer ses responsabilités (Holm & Severinsson, 2011), usant d'un moyen d'auto-mutilation autre que la coupure au niveau cutané et dont le facteur de crise n'est pas résolu (Maddock et al., 2010), devra ainsi certainement bénéficier de surveillances et d'une évaluation suicidaire rigoureuse et fréquente.

Les stratégies de gestion des symptômes identifiées sont elles aussi centrales, permettant de repérer les stratégies de coping généralement mises en place par les patients afin de pallier aux difficultés. Celles-ci constituent ainsi des ressources importantes pour les patients, qu'il s'agira en tant qu'infirmiers de valoriser et d'encourager à identifier dans une perspective de re-responsabilisation, stratégie fondamentale (Holm & Severinsson, 2011). Les moyens ayant été identifiés soulignent globalement la sensibilité du patient borderline à ses relations interpersonnelles, relevant l'importance d'être soutenu par l'entourage et par l'équipe soignante (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011). La création d'une alliance thérapeutique solide et d'une relation dans laquelle le patient peut s'exprimer de manière authentique (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011) s'avère donc essentielle à l'accompagnement du patient borderline en crise suicidaire.

Finalement, les effets obtenus sur les symptômes permettent d'identifier les interventions ayant des résultats efficaces d'une part, et d'autre part, à quel niveau elles agissent. Les données récoltées montrent ainsi que certaines interventions, contrairement à de nombreuses croyances, semblent faire leurs preuves autour des patients borderline en crise suicidaire, en terme d'augmentation de leur bien-être, de diminution de leurs symptômes et de diminution du nombre de passages à l'acte suicidaires (Andreoli et al., 2016; Koweszko et al., 2017; McMMain et al., 2017).

De par les déductions qui précèdent, le cadre de référence a ainsi permis de mettre en avant et de clarifier le rôle infirmier dans la prise en soins des patients borderline en crise suicidaire, rôle assez peu détaillé dans les études, comme discuté ultérieurement. Ce cadre de référence paraît ainsi très adapté à la problématique de ce travail, les résultats ayant pu tous être classés dans les différentes catégories du modèle. La théorie de la gestion des symptômes jouit également d'une certaine scientificité, ayant constitué un guide pour 51 recherches infirmières entre 2007 et 2011 (Eicher et al., 2013), bien que moins explorée dans le domaine de la psychiatrie.

La théorie de la gestion des symptômes présente néanmoins un certain nombre de limites, qui sont importantes à relever. En effet, la dimension temporelle est entièrement absente de cette théorie (Humphreys et al., 2014), aspect pourtant essentiel notamment dans la compréhension de l'expérience des symptômes du patient. De plus, ce modèle ne tient pas compte, ou seulement indirectement, de l'influence de l'environnement social sur la gestion des symptômes de l'individu. En d'autres mots, l'impact des soignants et de l'entourage ne sont intégrés dans la gestion des symptômes que dans la mesure où le patient les considère comme y participant, mais pas d'emblée, en tant que sources importantes d'influence. Dans l'étude de Bowen (2013), la conclusion suggère une supervision régulière des professionnels de la santé afin d'assurer un traitement efficace auprès de cette population. Si cette donnée avait constitué un résultat à part entière de l'étude, elle n'aurait ainsi pas pu être classifiée dans les trois étapes de la théorie de la gestion des symptômes.

5.2 MISE EN PERSPECTIVE DE LA PROBLÉMATIQUE AVEC LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce travail a eu comme objectif de constituer une revue de littérature autour des interventions infirmières efficaces dans la prise en soins des patients borderline en crise suicidaire.

Suite à la recension des écrits menée, il peut être constaté le nombre restreint d'articles traitant de ce sujet, malgré l'importance de cette problématique. Cet aspect est également souligné par plusieurs études sélectionnées dans ce travail (Koweszko et al., 2017; Mcmain et al., 2017). De plus, le passage à l'acte est l'aboutissement d'un long processus, la crise suicidaire, augmentant les possibilités d'interventions infirmières avant sa survenue. Le nombre d'articles centrés sur les interventions portant spécifiquement sur cette période a été réduit, par rapport aux articles portant sur la prise en soins générale des patients borderline ou sur les stéréotypes infirmiers à l'égard de cette population.

Cette problématique de manque de littérature est moindre mais également présente au niveau médical, tel que souligné auparavant dans ce travail par Borschmann et al., lançant un appel à la recherche à ce sujet dans la Cochrane Database of Systematic Reviews en 2012. Par conséquent, deux articles de cette revue de littérature sont des articles provenant de revues médicales et non infirmières. Ce constat de manque de littérature questionne ainsi sur ses raisons.

Les articles provenant de la littérature infirmière ne font que peu référence au rôle spécifique infirmier auprès du patient borderline en crise suicidaire, interrogeant sa spécificité dans la prise en charge. Cette dernière, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, doit certes être pluridisciplinaire, permettant une co-construction du projet de soins, et, répondre au mieux aux besoins du patient. Néanmoins, de par sa proximité, l'infirmier a un rôle central à jouer, en particulier dans l'établissement d'une relation

de confiance comme l'a souligné Bowen (2013). La spécificité de ce rôle ne semble néanmoins pas encore avoir été détaillée dans la littérature.

Concernant les interventions efficaces afin de diminuer le potentiel de passage à l'acte suicidaire, ce sujet est difficile à étudier, malgré les enjeux importants d'obtenir des résultats probants. En effet, les réalités cliniques sont très distinctes et donc difficilement comparables (Kaision & Gasser, 2016). Mais la raison principale concerne les limitations méthodologiques, liées à l'aspect éthique (Kaision & Gasser, 2016). En effet, les infirmiers ont le devoir moral et juridique de mettre en œuvre le maximum de moyens afin de fournir du soutien aux individus traversant une crise suicidaire². Un des plus hauts niveaux d'interprétation des preuves est le devis expérimental, les essais randomisés (Fortin & Gagnon, 2016). Cependant, il n'est « pas envisageable de mener une recherche avec un groupe de patients témoins considérés à haut risque car il est impossible de ne rien entreprendre pour un patient en danger nécessitant protection et soins d'urgence » (Klein, 2012). De plus, les facteurs de risques ne suffisent pas à eux seuls de prévoir un passage à l'acte (Kaision & Gasser, 2016). La prédictibilité d'un suicide demeure ainsi actuellement difficile voire impossible (Kaision & Gasser, 2016).

La recension des écrits effectuée dans le cadre de ce travail a néanmoins permis de constater et d'identifier spécifiquement plusieurs types d'interventions pouvant avoir une certaine efficacité pour les patients borderline en crise suicidaire :

L'étude qualitative de Koweszko et al. (2017), montre, de par une étude de cas, que le modèle d'intervention de crise adressé aux patients borderline (CIP-BP), a permis de diminuer la crise dans laquelle se trouvait la participante. Ce modèle comporte plusieurs étapes spécifiques, dont la création d'une alliance thérapeutique, des apprentissages autour de la gestion émotionnelle, une attention portée aux distorsions cognitives, et le renforcement des ressources du patient plutôt que les comportements auto-destructeurs. Cette recherche permet ainsi de répondre à la question de recherche, les auteurs défendant que ce modèle peut être utilisé par différents corps de métier, dont infirmier. Cette étude amène également la nécessité d'une prise en soins globale du patient lors de la crise, celle-ci impactant l'entier de la personne. Dans le même sens, l'étude qualitative menée par Bowen (2013), explorant les expériences des bonnes pratiques de divers professionnels de la santé à l'égard des patients borderline, souligne l'importance de placer les relations du patient au centre de sa prise en soins et d'adopter un modèle social. Ainsi, le fait d'être optimiste, de ne pas réduire le patient à sa symptomatologie, tout en évitant un phénomène d'idéalisation est central dans la guérison du trouble et de ses caractéristiques. Holm et Severinsson montrent quant à eux, de par les entretiens semi-structurés menés auprès de leurs participantes, certaines conditions comme la reprise de

² Fournir des soins sécuritaires et de qualité est effectivement en accord avec les principes déontologiques infirmiers de bienveillance et de non-malfaisance (Association Suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2013), et notamment avec certains principes juridiques en Suisse tels que l'Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients du 3 septembre 2014 (= BO / VD ; RSV 800.300).

responsabilités dans leur vie, la sécurité et le développement personnel, permettant de sortir de la crise suicidaire (2011), données précieuses dans une perspective de guérison. La perspective de rester en vie uniquement pour les proches ne serait néanmoins parfois plus suffisante en comparaison avec le fait de trouver une paix intérieure par le suicide (Holm & Severinsson, 2010).

La recherche quantitative menée par McMain et al. en 2017 montre les bénéfices de la thérapie comportementale dialectique, de modules comme la régulation émotionnelle et la tolérance au stress, enseignés à un groupe expérimental de patients borderline. Cette étude témoigne de son efficacité sur différentes sphères, dont la sphère suicidaire, du moins à court terme, compétences entièrement cohérentes avec le rôle infirmier. Maddock et al. (2010) démontrent quant à eux dans leur recherche également par essai randomisé quelques critères permettant de distinguer les actes d'auto-mutilation non-suicidaires de ceux étant à risque suicidaires, donnant des informations précieuses pour juger de la gravité de cette pratique fréquemment utilisée au sein de cette population comme stratégie de coping. Finalement, l'étude d'Andreoli et al. (2016) démontrent l'efficacité de la psychothérapie centrée sur les expériences d'abandon notamment sur le taux de tentatives de suicide, expériences au centre des angoisses borderline.

Les résultats de ces études permettent ainsi tous de répondre à la question de recherche, mais de manière très différente, ouvrant sur de multiples possibilités d'interventions. Cet aspect constitue certainement la force de ce travail. De plus, malgré les importants enjeux éthiques des recherches touchant au suicide, les études citées prennent en considération cet aspect fondamental, ne semblant en aucun cas violer ses principes. Les études de Koweszko et al. (2010) et de Maddock et al. (2010) ne précisent néanmoins pas ces aspects dans leur article.

5.3 LIMITES DU TRAVAIL

Ce travail comporte quelques limites méthodologiques devant être soulevées car pouvant atténuer sa validité interne. En effet, premièrement, cette revue de littérature s'est limitée à la recherche de ressources documentaires uniquement sur deux bases de données, ne couvrant ainsi peut-être pas l'intégralité des études portant sur le sujet. Les recherches ont été effectuées à partir de connaissances d'une pratique régulière de recherche documentaire, mais n'étant pas d'un niveau professionnel, et ayant donc pu omettre certains résultats intéressants.

De plus, ce travail a été constitué sur la base principale de 6 articles. Ainsi, lors de la recherche documentaire, lorsque plusieurs articles traitaient d'une même méthode d'intervention et d'un sujet similaire, un choix a été effectué, dans un objectif d'obtenir une plus grande diversité d'interventions comme résultats. Ce choix s'est effectué selon l'étude ayant le plus haut niveau de preuves selon

Fortin et Gagnon (2016), mais également selon son intérêt par rapport à la question de recherche, laissant une part de subjectivité dans la sélection.

Finalement, il est à noter que le choix de certains critères de sélection de cette revue de littérature ont considérablement restreint le nombre de ressources à disposition. Effectivement, beaucoup de littérature traitent de la compréhension de la question suicidaire au sein de la population adolescente borderline et non adultes, et chez des individus ayant d'autres comorbidités, comme c'est fréquemment le cas au sein de cette population.

5.4 CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS

Afin de traiter du caractère généralisable des résultats de cette revue de littérature, plusieurs niveaux sont à analyser : la sélection des articles scientifiques et leur validité.

Dans ce travail, et tel que dit auparavant, le choix a été fait de ne pas inclure dans la sélection les articles traitant de la prise en soins des patients borderline suicidaires comportant une comorbidité et d'une population pédopsychiatrique ou gériatrique. Ce choix a initialement été fait dans un objectif de limiter certains biais, que la période développementale et d'autres pathologies peuvent induire dans la prise en soins de la crise suicidaire. Comme souligné précédemment cependant, ce choix a limité le nombre de recherches à disposition pour élaborer ce travail. Par ailleurs, cette décision permet certainement une généralisation plus aisée des résultats aux individus ayant une ou plusieurs comorbidités. Ils sont en effet premièrement touchés par le même trouble que les participants des études. Ces critères de sélection ont ainsi certainement permis d'augmenter la validité externe, à savoir la possibilité de pouvoir généraliser les résultats à une population plus large.

Il convient néanmoins d'adopter une certaine prudence à vouloir généraliser les résultats. En effet, les articles choisis détiennent un certain nombre de biais qu'il est essentiel de se remémorer.

Premièrement, les recherches effectuées par Andreoli et al. (2016), Maddock et al. (2010), et McMain et al. (2017), sont des études expérimentales, des essais randomisés. Après la méta-analyse de plusieurs études de ce même type, il s'agit du plus haut niveau de preuves, à savoir les données considérées comme les plus valides à être appliqués dans la pratique clinique (Fortin & Gagnon, 2016). En effet, les essais randomisés ont pour objectif d'évaluer la relation de cause à effet d'un facteur (la variable indépendante) sur un phénomène (la variable dépendante) (Fortin & Gagnon, 2016). Ainsi, dans ces trois études, les participants ont été répartis de manière aléatoire dans le groupe soit expérimental, testant la thérapie centrée sur l'abandon (Andreoli et al., 2016), la thérapie comportementale dialectique (McMain et al., 2017), ou dans le groupe permettant l'analyse des facteurs associés à l'auto-mutilation dans la recherche de Maddock et al. (2010), soit dans le groupe contrôle, ne bénéficiant pas de ces interventions. Bien que ces deux types de thérapies démontrent une

certaine efficacité, il faut remarquer, comme la recherche de McMMain et al. (2017) le souligne, que cette validité a des risques d'être limitée dans le temps.

Les articles qualitatifs (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011; Koweszko et al., 2017), jouissent d'une moins bonne possibilité de généralisation du fait des caractéristiques de leur devis, dont un échantillonnage très restreint. De plus, les données ont été constituées par des entrevues, méthode de collecte de données pouvant biaiser les réponses des participants, de par la présence du chercheur. Ces recherches permettent néanmoins une meilleure compréhension du vécu du patient, ce qui, en somme, est un objectif primaire en psychiatrie pour un accompagnement personnalisé aux besoins du patient.

Pour ces deux types d'études, qualitatives et quantitatives, il faut également remarquer que les participants ont été sélectionnés dans des contextes soit d'hospitalisation, soit de consultations. Cet aspect induit ainsi un biais de sélection important dans la méthode d'échantillonnage, négligeant la part importante d'individus ayant le diagnostic de trouble de la personnalité borderline dans le contexte communautaire, ne bénéficiant d'aucun suivi ou en bénéficiant dans d'autres contextes tels que les soins à domicile. Il s'agit ainsi de méthodes d'échantillonnage non probabilistes, limitant la généralisation des résultats.

Concernant l'échantillonnage, il faut également remarquer que sur 6 articles, la moitié est constitué d'un échantillon uniquement féminin. Bien que la prévalence des femmes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline soit plus élevée que les hommes (Mehran, 2006), comme cité auparavant dans ce travail, cet aspect limite la généralisation à une population plus large. En effet, comme le montre deux études (Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2012), le trouble de la personnalité borderline se manifeste par des caractéristiques distinctes selon le genre, impactant ainsi les interventions à dispenser.

De plus, seulement une seule étude sélectionnée a été menée en Suisse, celle d'Andreoli et al. (2016). Les autres ont été menées en Angleterre (Bowen, 2013; Maddock et al., 2010), Canada (McMMain et al., 2017), Norvège (Holm & Severinsson, 2011) et en Pologne (Koweszko et al., 2017), dont les différences culturelles, en terme de représentations sociales et de politiques de santé sont des facteurs importants à prendre en compte afin de pouvoir prétendre généraliser les résultats.

Finalement, il faut noter que bien que les interventions suggérées par ces études peuvent être menées par des infirmiers, peu des études sélectionnées sont des recherches infirmières, amenant à une manière différente de concevoir la prise en charge du patient.

De par ces constats, il convient ainsi de se demander dans quelle mesure, à l'heure actuelle, les interventions identifiées permettent de gérer la crise suicidaire des patients borderline.

Les interventions trouvées dans cette revue de littérature, de type thérapie comportementale dialectique, de la thérapie centrée sur l'abandon et le modèle d'intervention de crise adressé aux patients borderline (CIP-PB) sont des pistes très intéressantes d'interventions au vu de leur efficacité mais peuvent difficilement être utilisées telles quelles au cours d'une hospitalisation ou en ambulatoire. En effet, premièrement, ces interventions sont associées à un paradigme thérapeutique particulier, de thérapie cognitivo-comportementale et de psychodynamique, pouvant ne pas correspondre à la philosophie de soins institutionnelle. De plus, les interventions prennent, dans un objectif de reproductibilité au sein de la recherche, la forme de protocoles très spécifiques. Ceux-ci peuvent ainsi difficilement être utilisés dans un contexte de crise, impliquant d'importants mouvements relationnels et émotionnels, nécessitant une certaine souplesse dans la prise en soins. De plus, les interventions proposées en terme de responsabilisation du patient et d'établir une relation de confiance sont essentielles. Cependant, les chercheurs en disent peu sur la manière la plus pertinente d'y parvenir. Celle-ci est évidemment à adapter à chaque personne et selon sa situation, cependant, les résultats paraissent ainsi à ce stade encore vagues.

Michaud & Bonsack (2017) affirment, dans leur ouvrage sur la prévention du suicide, que la psychothérapie constituerait le traitement le plus efficace pour les patients borderline effectuant des actes auto-dommageables. En plus de la thérapie comportementale dialectique, celle focalisée sur le transfert, sur la mentalisation, focalisée sur les schémas et le Good Psychiatric Management for BPD³ (GPM) constitueraient les formes de psychothérapies adaptées aux patients borderline et ayant démontré leur efficacité. Là encore, ces types de traitement sont difficilement applicables lors de la crise, nécessitant fréquemment une hospitalisation (Goodman, Roiff, Oaskes, & Paris, 2012).

Au terme de ce travail, des questionnements persistent sur la nature d'interventions infirmières efficaces, aisément applicables et athéoriques auprès des patients borderline en crise suicidaire, dont la recherche devra certainement répondre dans un futur proche au vu de leurs importants enjeux (Borschmann et al., 2012).

Dans son article nommé "Evidence-based Care of the Patient with Borderline Personality Disorder", Antai-Otong (2016) soulignent l'importance d'évaluer rigoureusement le risque suicidaire malgré sa difficulté. Certainement en lien avec la complexité d'effectuer des recherches dans ce domaine comme cité auparavant, aucune méthode d'évaluation permettant d'identifier le patient allant se suicider ne jouit, à ce jour, de résultats probants (Klein, 2012). En Suisse, dans le Canton de Vaud, au sein du département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), la méthode utilisée consiste en "l'UDR". Il s'agit d'une évaluation portant sur trois dimensions, l'urgence de l'intention suicidaire, le danger, autrement dit l'accessibilité aux moyens, et les risques actuels (Canevascini,

³ "BPD" signifie "Borderline Personality Disorder", le trouble de la personnalité borderline en français.

2009). Des études démontrent néanmoins que cette dernière dimension, les facteurs de risque, sur lesquels portent la majorité de la littérature de l'évaluation suicidaire, n'est pas toujours un repère fiable (Klein, 2012). En effet, ceux-ci sont passablement figés dans le temps, alors que le potentiel suicidaire d'un individu peut très rapidement évoluer selon ses circonstances de vie. Ainsi, les méthodes d'évaluation suicidaire doivent avant tout constituer une ressource pour le soignant dans sa rencontre avec le patient (Michaud & Bonsack, 2017) et être une aide pour identifier ses besoins dans son contexte actuel, plutôt que de permettre une évaluation objective. Il semble en effet que malgré ce manque de littérature probante, « Les efforts des soignants pour prévenir un passage à l'acte suicidaire passent par la dimension subjective de l'acte suicidaire et malgré les incertitudes et les doutes, rien ne saurait se substituer à l'écoute du sujet en souffrance » (Kaision & Gasser, 2016, p. 1578).

5.5 IMPLICATION POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE

Au terme de cette revue de littérature, au vu de l'importance que représente cette thématique dans le domaine de la psychiatrie, les recommandations portent premièrement sur la nécessité de mener des recherches supplémentaires concernant les interventions à fournir auprès des patients borderline en crise suicidaire. Plusieurs auteurs convergent en effet vers cette nécessité, soulignée notamment par trois des articles sélectionnés dans cette revue de littérature (Andreoli et al., 2016; Koweszko, 2013; McMain, 2017).

Ces recherches doivent permettre d'une part l'identification de la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge du patient suicidaire, mais aussi, l'acquisition d'une certaine souplesse afin d'être adaptées au contexte de crise. Il faut en effet remarquer l'important écart pouvant exister entre les pratiques observées dans les soins en psychiatrie et celles étant recommandées par la recherche. Malgré l'existence de cet écart, « L'un des défis majeurs dans le domaine des soins infirmiers réside dans l'efficacité accrue des pratiques » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 472). Ces recherches doivent également prendre en compte la dimension éthique qu'elles peuvent soulever et mesurer leur efficacité au long terme, dans l'environnement du patient. Afin d'augmenter la possibilité d'être appliquée dans le contexte des soins psychiatriques en Suisse, ces études doivent être menées sur le territoire helvétique ou dans des contextes de soins similaires.

Dans la clinique, les recommandations pour la pratique infirmière envers les patients borderline vivant une crise suicidaire pourraient actuellement être les suivantes, dans le contexte suisse ou dans un contexte similaire :

- Au vue de l'importance des enjeux relationnels pour les patients borderline et du fait que le suicide ou la tentative de suicide sont interprétés par certains auteurs comme une "pathologie du lien" (Canevascini, 2009, p.106), la première étape consisterait en la création d'une alliance

thérapeutique avec le patient. Selon l'APA, il s'agirait d'un facteur protecteur primaire et sur lequel le soignant pourrait avoir une influence (Fowler, 2013). Cette alliance permettrait en effet l'établissement d'un sentiment de sécurité et de confiance de part et d'autre dans la relation (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011). Il pourrait faciliter l'expression des besoins du patient, aspect identifié comme difficile pour certains patients (Holm & Severinsson, 2011). Il permettrait au soignant de maintenir une distance thérapeutique appropriée malgré la crise suicidaire. Les mouvements de surprotection et de surinvestissement seraient à risque de développer une dépendance du patient, et donc une diminution de sa responsabilisation, élément considéré actuellement comme essentiel (Stigler & Quinche, 2001). Cette relation devrait, en outre, s'orienter "entre le trop et le pas assez" (Stigler & Quinche, 2001, p.35), établissant un modèle de relation nuancé pour le patient.

Afin de créer cette relation, une authenticité de la part du soignant serait essentielle (Bowen, 2013) permettant d'éviter des craintes et des mouvements d'abandon chez le patient (Andreoli et al., 2016), étant au cœur des angoisses borderline. Le fait que le patient se sente compris par le soignant est central (Holm & Severinsson, 2011). Une attention particulière devrait être ainsi donnée au contre-transfert et aux contre-attitudes du soignant envers le patient (Bland, Tudor, & McNeil Whitehouse, 2007). Une verbalisation des limites du soignant serait ainsi importante, en particulier lors des mouvements de colères intenses avec auto-agressivité ou hétéro-agressivité (Stigler & Quinche, 2001). Le maintien de ces limites permettrait également d'éviter l'idéalisation mais permettrait un processus de "désillusion" du patient envers le soignant (Bowen, 2013), augmentant les chances de son autonomisation. De plus, l'absence de surinvestissement du soignant empêche la possibilité d'une escalade de menaces suicidaires par le patient lors de confrontations douloureuses (Stigler & Quinche, 2001).

Maintenir une attitude optimiste envers le patient et son potentiel d'évolution seraient essentiels (Bowen, 2013; Koehne & Sands, 2008), contrastant avec l'impression d'une absence de solutions, élément typique de la crise suicidaire (Lafleur & Séguin, 2008), renforçant le patient dans son potentiel à y faire face.

Élément énoncé par la thérapie centrée sur le transfert et reconnu par la GPM, méthode créée pour les patients borderline par Gunderson⁴, l'analyse du transfert du patient est une partie centrale du travail thérapeutique, permettant l'identification des problématiques et l'orientation du traitement (Gunderson & Links, 2014).

⁴ John G. Gunderson est Professeur de psychiatrie à Harvard et directeur du McLean Hospital's Borderline Center (McLean Hospital, n. d.). Il est ainsi reconnu pour de nombreux travaux sur le trouble et en particulier son approche intégrative du traitement du patient borderline.

- Afin de favoriser la création de cette alliance thérapeutique, les connaissances des infirmiers envers cette population devraient être renforcées, étant souvent faibles (Bland, Tudor, & McNeil Whitehouse, 2007; Bowen, 2013). Les formations devraient permettre une meilleure connaissance de la symptomatologie borderline et des mécanismes de défenses habituels. La prise de conscience de possibilités de traitements efficaces pourrait également certainement diminuer l'impression d'impuissance souvent générée chez les soignants par les patients borderline (Michaud & Bonsack, 2011).
- Effectuer l'anamnèse précise du patient est central dans un objectif de préciser les facteurs faisant crise et le risque suicidaire de l'individu dans son contexte singulier. Une des recherches de cette revue de littérature a en effet démontré le lien entre la non-résolution de la cause d'auto-mutilation et le potentiel suicidaire (Maddock et al., 2010).
- Un autre aspect central de la thérapeutique du patient borderline en crise serait, quel que soit le contexte, de lui permettre de reprendre ses responsabilités (Bowen, 2013; Holm et Severinsson, 2011). Si la capacité de responsabilisation peut être diminuée lors des moments les plus aigus de la crise, elle est néanmoins préservée le reste du temps et devrait être encouragée (Stigler & Quinche, 2001). L'abandon de celle-ci pourrait être relié à un désinvestissement général de l'existence, se manifestant par des consommations excessives de substances et des conduites auto-dommageables (Holm & Severinsson). Dans son article, Bowen (2013) parle à ce propos de "prise de décision partagée" [traduction libre] (p. 493) entre le soignant et le patient. Celle-ci peut prendre plusieurs formes :

En hospitalier comme en ambulatoire, la pose du cadre est un élément essentiel. Il permet de contenir le patient en établissant des règles et limites (Stigler & Quinche, 2001), contenant ainsi des mouvements comme l'impulsivité et joue comme un organisateur social (Morasz, Perrin-Niquet, Vérot, & Barbot, 2004). Le cadre peut notamment représenter des règles institutionnelles permettant la vie en communauté, que le patient se devrait de respecter lors d'une hospitalisation. En ambulatoire, le cadre peut concerner des accords sur la venue du patient aux entretiens, aux heures convenues. De même, afin de démontrer une certaine efficacité, le patient se devrait de s'engager envers le traitement⁵ et envers les objectifs de traitement, énoncés clairement (Gunderson & Links, 2014). Pour augmenter cette adhérence, le plan de soin devrait être construit ensemble, entre le patient et le soignant. Cette construction mutuelle permettrait ainsi de remettre le patient au centre de son traitement et de le rendre responsable de celui-ci. Il s'agirait ainsi d'accompagner le patient dans les

⁵ L'engagement envers le traitement implique différents niveaux, dont la prise médicamenteuse. Bien qu'aucun traitement ne soit spécifique à ce trouble, ils sont souvent utilisés pour traiter les symptômes (Pelissolo & Jost, 2011). Il s'agit régulièrement d'anti-dépresseurs, d'anxiolytiques, de stabilisateurs de l'humeur et de neuroleptiques (Boriceanu, 2005), bien que ces derniers n'aient pas démontrés leur efficacité (Michaud & Bonsack, 2017).

démarches qui lui sont difficiles tels que les problématiques relationnelles, de ruptures de suivi psychothérapeutique, de conflits au travail, ou par exemple administratifs, mais sans effectuer ces démarches à sa place, afin de favoriser son autonomie. Le patient borderline prendrait également ses responsabilités en s'engageant à venir chercher de l'aide lorsque cela est nécessaire et en ne passant pas à l'acte. Concernant l'élaboration d'un contrat thérapeutique, pratique fréquemment utilisée en psychiatrie, des auteurs soulignent l'absence de preuves à ce jour de son efficacité (Michaud & Bonsack, 2017). Il pourrait néanmoins être utilisé avec une certaine prudence, comme un moyen symbolisant l'engagement du patient et donc permettant une communication entre le soignant et le patient (Michaud & Bonsack, 2017).

Ainsi, si le cadre se devrait d'être fixe, reflétant la fiabilité du soignant, il ne devrait pas pour autant être rigide, étant adaptable à l'état clinique du patient (Morasz, Perrin-Niquet, Vérot, & Barbot, 2004). Cet aspect permettrait au patient de négocier avec le soignant lors de l'hospitalisation son ouverture, la possibilité de congés et de participation aux activités thérapeutiques selon son état clinique. La date de sortie permettrait également ce partage. Les hospitalisations chez le patient borderline seraient en effet recommandées de courte durée (Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2011) et uniquement lors de l'apparition d'une symptomatologie intense ou suicidaire (Biskin & Paris, 2012). La prise en soins ambulatoire serait effectivement à privilégier auprès de cette population (Koehne & Sands, 2008) afin de responsabiliser le patient dans son quotidien, d'éviter les risques de surinvestissement institutionnel et de "l'éloigner des contraintes difficiles de sa vie" (Stingler & Quinche, 2001, p. 35). L'infirmier devrait ainsi travailler en collaboration avec le réseau de soins ambulatoires, anticipant le suivi en particulier lors de la sortie, moment identifié comme étant à haut risque suicidaire car pouvant être vécu comme un nouvel abandon (Fowler, 2013).

Comme le souligne Stingler et Quinche (2001), responsabiliser le patient borderline dans un contexte suicidaire peut être risqué et donc être difficile, d'où la nécessité de travailler à plusieurs intervenants, en collaboration, multipliant les possibilités d'interventions et de surveillances. Favoriser la responsabilisation ne doit effectivement pas empêcher des surveillances précises et pouvant être mises en place régulièrement lors des moments aigus de la crise. Comme le dit en effet Kernberg (1989), « C'est important d'établir un contrôle suffisant qui donne la possibilité au thérapeute et à toute l'équipe d'être tranquille » (p.87), l'inquiétude constante des soignants n'étant pas propice à des interventions appropriées. La supervision d'équipe pourrait également être nécessaire afin de révéler des dysfonctionnements sous-jacents du patient (Bowen, 2013).

Il faut néanmoins remarquer la contradiction entre ce principe central de responsabilisation du patient borderline et les pratiques courantes en psychiatrie de lui retirer, lors de crise

suicidaire, ses objets contondants. Ces pratiques suivent des recommandations telles que celles formulées par l'OMS (2014) d'une mise à distance des accès aux moyens. Cependant, il est intéressant de noter que sur six articles sélectionnés dans cette revue de littérature, aucun ne l'a énoncé.

- La prise en soins infirmière devrait également favoriser le développement personnel du patient. Cela pourrait notamment consister en l'acquisition de certaines techniques permettant la gestion des symptômes au quotidien et de la crise, comme l'a démontré ce travail. Ces techniques pourraient être des techniques de gestion des émotions, d'identification des distorsions cognitives (Kowesko et al., 2017; McMain, 2010), et d'analyse des expériences d'abandon ultérieures (Andreoli et al., 2016), techniques permettant toutes au patient, en somme, de prendre un regard méta sur sa situation.

Le patient devrait également être encouragé par le soignant à identifier ses stratégies de coping personnels et être validé dans ses démarches d'autonomisation et de bien-être personnel, lui permettant d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Les ressources personnelles sont importantes à identifier, pouvant être des alternatives aux comportements suicidaires ou parasuicidaires.

- Au sein de la relation thérapeutique, l'évaluation infirmière du risque suicidaire du patient borderline devrait être faite régulièrement et de manière rigoureuse (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004). Alors qu'aucune méthode spécifique d'évaluation suicidaire n'ait démontré son efficacité, prendre en compte la subjectivité du patient, dans son contexte global et relationnel, paraîtrait essentiel. Cette évaluation devrait être basée sur la connaissance clinique du patient et de son état psychique ultérieur. Elle devrait investiguer de manière précise les intentions suicidaires, au-delà des menaces, et les moyens visés pour se faire du mal, ces derniers pouvant être un indice permettant de distinguer une auto-mutilation non suicidaire de celle étant à risque de l'être (Maddock et al., 2010). En effet, si le patient borderline est souvent décrit comme étant chroniquement suicidaire, le risque d'un passage à l'acte ne doit cependant pas être banalisé (Michaud & Bonsack, 2017).

L'attitude du soignant lors de l'évaluation se devrait d'être calme, avec des questions ouvertes et directes (Antai-Otong, 2016). Celle-ci devrait être documentée et les surveillances infirmières adaptées à l'évaluation effectuée.

- Le traitement se devrait également d'être multidimensionnel (Gunderson & Links, 2014), prenant en compte les problèmes de santé somatiques et les comorbidités fréquemment rencontrées au sein de cette population (Michaud & Bonsack, 2017; Stigler & Quinche, 2001).

L'environnement social du patient devrait aussi être intégré dans les soins, celui-ci pouvant constituer une ressource importante de soutien dans la crise suicidaire, comme un facteur précipitant évident (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011; Stigler & Quinche, 2001).

Lors des moments aigus de la crise suicidaire cependant, les infirmiers devraient être vigilants dans leurs surveillances, le fait de créer du tort aux proches pourrait ne plus empêcher le passage à l'acte suicidaire (Holm & Severinsson, 2011).

- A un niveau plus général, le soutien des associations, les campagnes et les stratégies nationales ou cantonales de prévention du suicide permettrait de sensibiliser un plus grand nombre d'individus à cette problématique et à lui permettre d'accéder à certaines ressources pour y faire face (OMS, 2014).

6 CONCLUSION

Si le suicide apparaît comme un acte émanant de la liberté personnelle de l'individu (Canevascini, 2009) et ainsi dont la prédictibilité apparaît très complexe voire impossible (Kaision & Gasser, 2016), il est du devoir de l'infirmier d'intervenir au moment de la crise suicidaire qui se déploie progressivement, et précède le passage à l'acte (Lafleur & Séguin, 2008).

Ce travail, s'intéressant à la prise en soins de la crise suicidaire auprès de la population borderline, a souligné l'existence d'interventions efficaces, conformément à plusieurs articles scientifiques (Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015; Venturini, Lorillard, Frambati, Ohlendorf, Andreoli, & Burnand, 2011). Des traitements efficaces pour cette population existent (Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015), contrebalançant avec la stigmatisation fréquente dont ce type de patients sont victimes et l'impuissance qu'ils sont réputés créer chez leurs thérapeutes (Bland, Tudor, & McNeil Whitehouse, 2007).

Ces interventions infirmières efficaces auprès de la population borderline consisteraient globalement en la création d'une alliance thérapeutique entre le patient et l'infirmier. Cette relation solide peut permettre à ce premier de retrouver une certaine responsabilisation de son traitement et de ses actes (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011; Koweszko et al., 2017) et rétablir une sécurité souvent égarée dans la relation avec les schémas d'abandonnisme (Andreoli et al., 2016). L'apprentissage de certaines techniques comme de gestion des émotions pourrait également permettre une meilleure gestion de ses symptômes (McMain et al., 2017). Le traitement se devrait d'être holistique, portant une attention constante aux comorbidités et à l'environnement social du patient, afin de lui permettre d'identifier les éléments dans son quotidien lui étant néfastes, et ceux constituant des ressources (Bowen, 2013; Holm & Severinsson, 2011; Maddock et al., 2010). L'infirmier, en tant que professionnel en première ligne auprès du patient (Bolster, Holliday, Oneal, & Shaw, 2015; Michaud & Bonsack, 2017), a un rôle capital à jouer auprès de cette population très fréquemment rencontrée en psychiatrie.

Le nombre d'études portant sur cette problématique reste néanmoins encore restreint, difficilement applicables dans la clinique et peu spécifiques au rôle infirmier. La recherche se devra ainsi de combler ces lacunes à l'avenir, au vue des enjeux extrêmement importants de cette thématique et dans un objectif de prodiguer des interventions cliniques "Evidence-Based Nursing" (EBN).

Même si la crise suicidaire est un moment à haut risque de passage à l'acte pouvant être léthal, elle peut également être perçue comme un moment, comme toute crise, pouvant permettre un haut potentiel d'évolution pour le patient (Erikson, 1950). En effet, « Malgré son caractère dramatique, la crise suicidaire peut être un moment fécond de prise de conscience de l'importance des difficultés de

fonctionnement » (Michaud & Bonsack, p. 195). La pose du diagnostic de trouble de la personnalité effectivement, bien que difficile à porter pour les patients (Holm & Severinsson, 2011), peut avoir un impact significatif sur sa vie. Celui-ci peut permettre de mettre des mots sur des difficultés présentes et permettre l'identification d'interventions adaptées, et expliquer celles ne l'étant pas. Il appartient ainsi pleinement au rôle de l'infirmier que d'encourager cette évolution positive du patient borderline traversant une crise suicidaire.

7 LISTE DES REFERENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris, France : Masson.
- Andreoli, A., Burnand, Y., Cochenec, M.-F., Ohlendorf, P., Frambati, L., Gaudry-Maire, D., ... Frances, A. (2016). Disappointed love and suicide : A randomized controlled trial of “abandonment therapy” among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 271-287.
- Antai-Otong, D. (2016). Evidence-Based Care of the patient with Borderline Personality Disorder. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 299-308.
- ASI Association Suisse des infirmières et infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière* [brochure]. Berne, Suisse.
- Baeriswyl, C., Delmas Ph., Cohen, C., Viens Python, N., & Eicher, M. (2013). La gestion des symptômes: théorie, recherches et applications : Gros plan sur l'expérience du patient. *Soins infirmiers / Krankenpflege / Cure infermieristica*, 3, 56-60.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J. J., Chartier, J.-P., Dubor, P., Houser, M., & Lustin, J.-J. (2012). *Psychologie pathologique: théorique et clinique*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Management of borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184(17), 1897-1902.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239.
- Bland, A. R., Tudor, G., & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing Care of Inpatients With Borderline Personality. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212.
- Bolster, C., Holliday, C., Oneal, G., & Shaw, M. (2015). Suicide Assessment and Nurses : What does the Evidence Show ? *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1). DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No01Man02
- Boriceanu, O. (2005). Etat-limites : stratégies thérapeutiques. *Santé mentale*, 97, 41-49.

- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Philips, R., Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 6, 1-23.
- Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians' account of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.
- Camus, A. (1942). *Le Mythe de Sisyphe*. Cheltenham, United Kingdom : foli essais.
- Canevascini, M. (2009). Accompagner un patient suicidaire. *Pensée plurielle*, 22(3), 99-109.
- Costanza, A., Ambrosetti, J., Wyss, K., Bondolfi, G., Sarasin, F., & Khan, R. (2018). Prévenir le suicide aux urgences : de la "Théorie Interpersonnelle du Suicide" à la connectedness. *Revue Médicale Suisse*, 14, 335-338.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version française de la théorie de gestion des symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, United States : W.W. Norton & Company.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème éd.). Québec, Canada : Chenelière Education.
- Fowler, J. C. (2013). Core Principles in Treating Suicidal Patients. *Psychotherapy*, 50(3), 268-72.
- Gaudry-Maire, D., Ohlendorf, P., Burnand, Y., & Andreoli, A. (2009). Nouvelles orientations du traitement de la crise suicidaire borderline. *Revue médicale Suisse*, 5, 345-350.
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A., H., & Paris, J. (2012). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14, 79-85.
- Guelfi, J., D. (2014). Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité. *L'évolution psychiatrique*, 79(1), 55-67.
- Gunderson, J. G., & Links, P. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Arlington, USA : American Psychiatric Publishing.

- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 165-73.
- Humphreys, J., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., Janson, S., et al. (2013). Theory of Symptom Management. In : Smith M. J. (editor). *Middle range theory of nursing*. New York, New York : Springer Publication.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., ... & Zanarini M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 284-292.
- Kaision, J.-M., & Gasser, J. (2016). Suicide et institution psychiatrique : l'exemple lausannois. *Revue Médicale Suisse*, 12, 1574-1578.
- Humpheys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K., Puntillo, K., & Kennedy, C. (2014). *Middle Range Theory for Nursing*. New York, USA : Springer Publishing Company.
- Kernberg, O. F. (1989). Aspects psychodynamiques et traitement hospitalier des patients borderline. *Psychothérapies*, 2, 83-89.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Klein, G. (2012). Le suicide à l'hôpital psychiatrique. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 163, 85-91.
- Koehne, K., & Sands, N. (2008). Borderline personality disorder: An overview for emergency clinicians. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11, 173-177.
- Koweszko, T., Gierus, J., Wiedlocha, M., Mosiolek, A., & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline patient : A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 324-32.
- Lafleur, C., & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Landers, G. L. (2014). Symptom Management Theory. In J.J. Fitzpatrick & G. McCarthy (Eds), *Theories guiding nursing research and practice: Making nursing knowledge development explicit* (pp. 36-50). New York, USA : Springer Publishing Company.

- Lynch, M. A., Howard, P. B., El-Mallakh, P., & Matthews, J. M. (2008). Assessment and Management of Hospitalized Suicidal Patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(7), 45-52.
- Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., & Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 574-582.
- Maroudy, D. (2017). Suicide et soins. *Soins*, 814, 17-46.
- Mattia J. I., & Zimmermann, M. (2001). *Handbook of Personality disorders*. New York, USA : Guilford Press.
- McEnany, G. W., & Tescher, B. E. (1985). Contracting for care : One nursing approach to the hospitalized borderline patient. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23(4), 11-18.
- McLean Hospital. (n. d.). John G. Gunderson. Repéré à <https://www.mcleanhospital.org/biography/john-gunderson>
- McMain, S., F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Steiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-148.
- Melnyk, B., M., & Fineout-Overholt, e. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A guide to Best Practice*. China : Wolters Kluwers Health.
- Mehran, F. (2006). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : Thérapie cognitive émotionnelle : Approche intégrative*. Paris, France : Masson
- Michaud, L., & Bonsack, C. (2017). *Prévention du suicide : Rencontrer, évaluer, intervenir*. Chêne-boug, Suisse : Médecine et hygiène.
- Moras, L., & Danet, F. (2008). *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris, France : Dunod.
- Moras, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P., & Barbot, C. (2004). *L'infirmier en psychiatrie*. Paris, France : Masson.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., & Riecher-Rössler, A. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*, 143. DOI: 10.4414/smw.2013.13759.
- NANDA International. (2016). *Diagnostics infirmiers : définitions et classifications 2015-2017*, (Nouv. éd.). Traduction française par Association francophone européenne des diagnostics

infirmiers & Association québécoise des classifications de soins infirmiers, Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Observatoire suisse de la santé [Obsan]. (2016). *Suicide*. Repéré à : <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>

Office fédérale de la santé publique [OFSP]. (2016a). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Repéré à : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-ingold/bericht_suizidpr%C3%A4vention.pdf.download.pdf/Rapport%20Pr%C3%A9vention%20du%20suicide%20plan%20d'action%202016.pdf

Office fédérale de la santé publique [OFSP]. (2016b). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Repéré à : <https://www.rts.ch/lalere/programmes/vacarme/7573270.html/BINARY/Rapport:%20La%20pr%C3%A9vention%20du%20suicide%20en%20Suisse>

Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.

Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients du 3 septembre 2014 (= BO / VD ; RSV 800.300).

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-10 Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement : Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*. Genève, Suisse : Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2014). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf;jsessionid=A5716226CBEFE56453A33E28CFF4CC95?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2018). *Suicide*. Repéré à : <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abdallah, T., A., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilation et suicide : revue de littérature. *L'Encéphale*, 34, 452-458.

- Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E., & Escard, E. (2015). Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? *Revue Médicale Suisse, 11*, 1750-4.
- Pelissolo, A., & Jost, F. (2011). Pharmacothérapie des troubles de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques, 159*, 592-594.
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de la personnalité borderline. *Revue Médicale, 11*, 1686-1690.
- Stigler, M., & Quinche, P. (2001). Le “patient difficile” en crise et sa compétence à se responsabiliser. *PrimaryCare, 1*, 351-357.
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). *Academic Psychiatry, 32*, 136.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., von Cube, R., ... & Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*, 257-263.
- Venturini, A., Lorillard, S., Frambati, L., Ohlendorf, P., Andreoli, A., & Burnand, Y. (2011). Le trouble de la personnalité borderline est facile à traiter: sommes-nous prêts à relever le défi? *Revue Médicale Suisse, 7*, 390-394

8 ANNEXES

ANNEXE I : Figure représentant la théorie de la gestion des symptômes

ANNEXE II : Analyse d'article selon la grille d'analyse de Fortin et Gagnon (2016) : Koweszko, T., Gierus, J., Wiedlocha, M., Mosiolek, A., & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline patient : A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 324-328.

ANNEXE III : Analyse d'article selon la grille d'analyse de Fortin et Gagnon (2016) : Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians'account of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.

ANNEXE I

Figure représentant la théorie de la gestion des symptômes

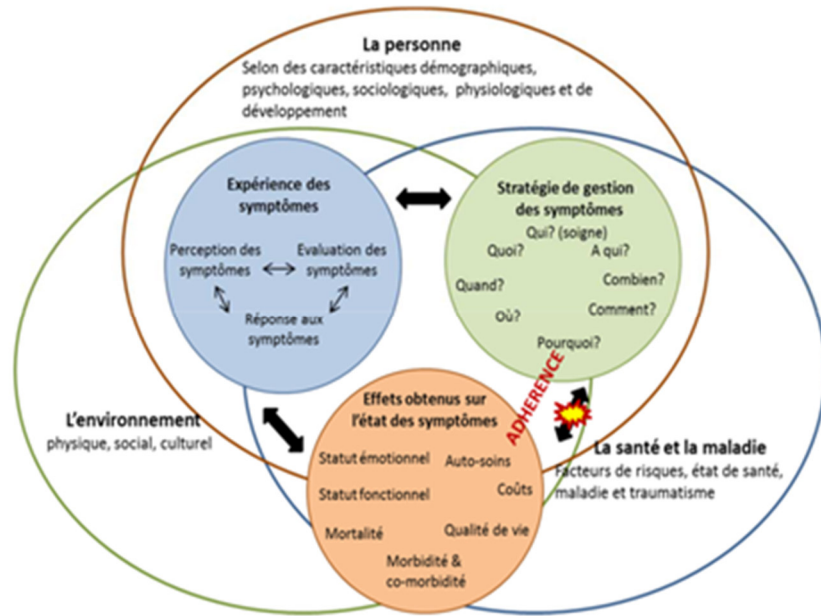


Figure 1 : Tirée de Eicher et al., 2013., p. 17

ANNEXE II

Exemple d'analyse d'un premier article selon la grille d'analyse de Fortin et Gagnon (2016)

Koweszko, T., Gierus, J., Wiedlocha, M., Mosiolek, A., & Szulc, A. (2017). An Introduction to the Model of Crisis Intervention Procedure for Borderline patient : A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 324-328.

Titre	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? <ul style="list-style-type: none">Le titre de cet article précise en effet les concepts clés (procédure du modèle d'intervention de crise) et la population visée (patients borderline).
Résumé	Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <ul style="list-style-type: none">Le résumé présente le problème (les troubles de la personnalité borderline sont fortement associés avec des conduites suicidaires. Dans ce cadre-là, l'intérêt de l'outil utilisé par les auteurs est présenté, son intérêt pour les patients et pour les infirmiers). La méthode utilisée par les auteurs n'est néanmoins pas présentée, tout comme les résultats trouvés dans l'étude. La discussion se devine de par la mention de la nécessité d'effectuer à l'avenir d'autres études pour confirmer l'efficacité de cet outil.
Introduction	
Problème de recherche	Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <ul style="list-style-type: none">Le phénomène qu'il s'agit d'étudier dans cette recherche est précisé lorsque les auteurs exposent le but de la recherche, clairement défini à la page 325, tel que décrit plus bas*. Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ? <ul style="list-style-type: none">Les auteurs présentent leur outil comme étant spécifiquement adressés au personnel infirmier afin de gérer et de prévenir de manière efficace la crise suicidaire de cette population de patients. A la page 328, dans la conclusion, il est précisé que cette technique a été élaborée pour répondre aux besoins des infirmiers d'avoir une méthode uniforme d'intervention pour gérer les crises rencontrées par les patients. Plus bas dans la conclusion, les auteurs précisent que l'outil peut être utile à plusieurs corps de métier pour gérer la crise borderline, sans posséder des compétences de psychothérapie avancées. Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <ul style="list-style-type: none">Excepté le fait que les auteurs pensent que ce modèle peut permettre de prévenir et de gérer efficacement la crise chez cette population, aucun postulat n'est présenté.

Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les travaux antérieurs sur le sujet de la gestion de la crise chez les patients borderline sont en effet présentés : Les auteurs commencent dans un premier temps par présenter la population à l'étude, le trouble de la personnalité borderline et ses caractéristiques, mettant en avant l'impulsivité (p.324). Ils décrivent ensuite la prévalence du trouble (p.324) et l'importance des conduites suicidaires dans cette population, nécessitant des soins très fréquents (p.324). A la page 325, ils décrivent ensuite le programme de Berrino et al (2011) ayant comme objectif de séparer le ressenti émotionnel de la situation de détresse actuelle, la thérapie comportementale dialectique dont plusieurs études démontrent son efficacité pour les patients borderline (Linehan et al., 2015) de par le fait qu'elle permet une meilleure conscience de ses émotions. Le modèle de Rhine et Weissberg (2010) en 3 étapes est ensuite présenté (consistant en la construction du lien, donner de l'information et résoudre les problèmes), celui de Roberts, mettant en avant l'importance de l'identification de l'événement déclenchant la crise afin d'amener une aide efficace au patient, puis celui de Collins and Collis (2005), voulant que le modèle de crise permet au patient d'exprimer leurs émotions et de trouver des alternatives. Les auteurs amènent ainsi progressivement la problématique et sa légitimité, aux yeux des connaissances actuelles du trouble, de ses caractéristiques et des thérapies ayant démontrés leur efficacité. Notons néanmoins que les critiques de ces modèles ne sont pas exposés, ni leur chronologie dans le temps. De plus, certaines sources sont des sources primaires, mais il ne s'agit pas d'une majorité, tel que visible à la page 325.
-----------------------------	--

Cadre de recherche	<p>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune indication sur le cadre conceptuel des auteurs n'est mentionné dans l'étude, ni les bases philosophiques et théoriques.
But, questions de recherche	<p>Le but est-il clairement énoncé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> *Oui. Cette étude a comme objectif, comme décrit au haut de la page 325, de présenter une introduction à la procédure du modèle d'intervention de crise, tourné vers les patients borderline (le CIP-BP). Plus tard à la page 325, il est précisé que cet article a comme objectif de présenter les différentes étapes de ce modèle et de les illustrer. A la page 328 finalement, dans la conclusion, il nous est précisé que cette recherche a comme objectif d'introduire ce modèle afin d'aider les patients borderline à gérer la crise émotionnelle, sans être dans un cadre de psychothérapie classique, qui a déjà montré son efficacité. <p>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Non, les questions de recherche des auteurs ne sont pas présentées. <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette recherche traite de l'expérience d'une participante borderline afin de démontrer les effets de l'outil. <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune indication ne nous est donnée sur cet aspect par les auteurs.

Méthode

<p>Population et échantillon</p>	<p>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> La population contient une unique participante. Son âge, son sexe, le facteur déclenchant de son hospitalisation et une synthèse de son contexte et histoire de vie sont ainsi présentés par les auteurs (p. 325 et 326). La médication proposée au cours de son hospitalisation, temps durant lequel la recherche a pris place, est également précisée (p.326). <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune indication sur la manière de sélectionner la patiente ne nous est indiqué. Nous pouvons néanmoins supposer que ce choix est justifié de par le fait que la participante correspond aux critères permettant aux chercheurs de mener leur recherche (patiente borderline, hospitalisée du fait de l'avènement d'idées suicidaires, et nécessité d'une intervention rapide par les soignants). Par déduction, nous pouvons ainsi dire qu'il s'agit ainsi d'une méthode d'échantillonnage dite « non probabiliste et accidentel (ou par convenance) » selon le manuel de Fortin et Gagnon (2016), du fait que la participante a certainement été choisie du fait qu'elle était facilement accessible et correspondait aux critères d'inclusion. Il y a ainsi un important biais de sélection apparaissant. <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette méthode, bien que non représentative et généralisable, correspond à l'objectif des chercheurs de l'étude, à savoir de présenter en détails les étapes de leur outils en les appuyant par des expériences de la participante. Explorer les expériences d'une population correspond en effet aux objectifs visés par la recherche qualitative. <p>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Du fait que la population n'est constituée que d'une seule participante, les auteurs n'ont pu vérifier que la saturation des données avait été atteinte au terme de leur étude, constituant un biais très important.
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche est-il explicité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Le titre de l'article nomme le devis de recherche dans lequel nous nous trouvons dans cette étude, à savoir une étude de cas. Il ne nous est néanmoins pas décrit de manière plus précise dans la suite de l'étude. <p>Selon Fortin et Gagnon (2016), l'étude de cas fait partie d'un devis de recherche descriptive, à savoir ayant comme objectif de décrire une population donnée, et permet d'examiner en détails un cas sur une période donnée, que les auteurs précisent du 17 octobre au 24 octobre 2016.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> La participante de la recherche est décrite de manière précise mais les données sensibles (son nom, prénom, lieu de vie, nom de l'hôpital, etc.) permettant de l'identifier ne sont pas divulguées par les auteurs, conformément au principe de confidentialité. <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude permet en effet de maintenir la confidentialité de la patiente, d'essayer un outil inclus dans l'alliance avec le soignant et de mesurer son effet de manière non invasive (échelle). Il ne nous est néanmoins pas précisé dans l'article si la patiente était consentante de participer à cette recherche ou non.
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils convenablement décrits ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'outil utilisé dans cette recherche pour mesurer son efficacité est le Borderline Symptom List (BSL-23), décrit en quelques mots à la page 325, à savoir qu'il s'agit d'un instrument de mesure d'auto-évaluation de la symptomatologie borderline, divisé en 3 parties (première partie échelle likert, échelle % du bien-être global et dernière partie sur les comportements dysfonctionnels). Il a été utilisé avant la procédure, et après. <p>Il est ensuite précisé que la procédure s'est déroulée en deux entretiens d'environ 1h, face à face et seuls, menés à l'hôpital psychiatrique entre le 17 et le 24 octobre 2016, par un psychologue PhD, celui-ci ayant appliqué la procédure de l'outil.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les observations sont ciblées et décrites selon les différentes étapes décrites par l'outil, le CIP-BP.

Conduite de la recherche	Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ? <ul style="list-style-type: none"> Les procédés d'enregistrement ne sont pas décrits par les auteurs mais il peut être supposé qu'il s'agit d'enregistrements vocaux au vue de la retranscription exacte à certains moments de l'article de l'entretien.
Crédibilité des données	Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ? <ul style="list-style-type: none"> Aucune remarque n'est faite par les auteurs à ce propos.
Analyse des données	L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ? Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <ul style="list-style-type: none"> Les données sont classées selon les différentes étapes du modèle. Ainsi, chaque étape de la procédure est illustrée par des extraits de l'entretien avec la participante, permettant une meilleure compréhension pour le lecteur de l'étape et de l'objectif visé par le modèle. Néanmoins, ce procédé mélangeant la procédure et les résultats suppose un important tri des données par les auteurs, et donc, ne permet pas une bonne représentation des données et des résultats. En effet, les seules données auxquels le lecteur accède sont celles sélectionnées par les auteurs et permettant donc d'illustrer le modèle, laissant de côté toutes les autres. La manière dont les auteurs ont analysé les données n'est également pas décrit.
Résultats	
Présentation des résultats	Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ?</i> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont présentés dans un petit paragraphe à la page 328, mais sans être représentés par des figures ou des graphiques, ne nous permettant pas d'avoir une représentation des résultats. De plus, il nous est dit qu'une réduction de la symptomatologie borderline a été observée (réduction de 29 points au BSL-23, amélioration de 60% de la qualité de vie, réduction des comportements destructeurs et meilleure gestion des émotions), mais sans préciser la significativité de cette réduction au niveau statistique. L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <ul style="list-style-type: none"> Aucune indication allant dans ce sens n'est donnée par les auteurs.
Discussion	
Interprétation des résultats	Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <ul style="list-style-type: none"> Les auteurs de l'article ne discutent pas dans leur conclusion de leurs résultats à la lumière d'études antérieures, mais parlent uniquement de la recherche future. Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <ul style="list-style-type: none"> En effet, dans la conclusion à la page 328, il nous est appuyé l'utilité de cette méthode, permettant de gérer la crise borderline pour des individus n'ayant pas des compétences avancées de psychothérapie, et donc pouvant s'adresser à plusieurs corps de métiers, psychologue, médical ou soignant.

Conséquences et recommandations	<p>L’auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans la conclusion à la page 328, il nous est dit que cet outil a plusieurs objectifs pour le patient borderline, rétablir un équilibre émotionnel, diminuer la symptomatologie et le risque de comportements suicidaires. Cette procédure permet ainsi de gérer la crise borderline mais aussi de démontrer la nécessité d’un suivi au plus long cours, les auteurs précisant que la psychothérapie a été démontrée comme étant le traitement de choix pour les patients borderline. <p>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans la conclusion p. 328, il est en effet affirmé que malgré l’importante incidence du trouble borderline et de la crise, il n’existe actuellement aucune étude randomisée permettant d’accéder de manière sûre de l’efficacité d’un outil d’intervention envers cette population, constituant ainsi un besoin urgent de la recherche future. <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Afin d’encourager l’utilisation de cet outil, de futures recherches, qualitatives ou quantitatives, dans tous les cas avec un échantillon plus élevé, seraient nécessaires.
--	--

ANNEXE III

Exemple d'analyse d'un deuxième article selon la grille d'analyse de Fortin et Gagnon (2016)

Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians'account of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.

Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, le titre de cet article précise en effet les concepts clés (compte rendu de cliniciens d'une bonne pratique) et la population visée (patients avec un trouble de la personnalité borderline).
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, ces quatre étapes sont présentes dans le résumé. En effet : Le résumé présente le problème (les patients avec un trouble de la personnalité borderline sont des individus utilisant beaucoup les services de santé. Cependant, il a été démontré que les infirmiers en santé mentale démontrent fréquemment des contre-attitudes envers cette population, mettant une certaine distance et se sentant pas suffisamment formés. Dans cette optique, l'objectif de cette recherche est d'explorer les expériences d'une bonne pratique d'après des professionnels de la santé mentale travaillant dans un service spécialisé pour ce type de population). La méthode utilisée par l'auteur est décrite en quelques mots, il nous est dit que des entretiens semi-structurés ont été entrepris dans ce service. Les résultats trouvés dans l'étude sont que 4 thèmes ressortent de ces entretiens : prise de décision partagée, rôles sociaux, supports des pairs, et une communication ouverte. La discussion se devine de par la mention que ces thèmes sont discutés aux yeux de la recherche et de par les notions winnicottiennes de désillusion et de miroir comme des clés dans le processus développemental.
Introduction	
Problème de recherche	<p>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • **Le phénomène est progressivement introduit dès le début de l'article, dans l'introduction. L'auteur décrit en effet les individus touchés par un trouble de la personnalité borderline comme ayant été touchés dans leur enfance par des expériences primaires invalidantes, créant fréquemment à l'âge adulte des difficultés, en particulier émotionnelles, motivant souvent un contact avec des services de santé. Néanmoins, certaines caractéristiques du trouble causent souvent une exclusion au sein de ces services. Le but du travail est alors introduit, tel que décrit plus bas*. <p>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • En effet, des contre-attitudes négatives envers cette population ont été démontrées fréquentes chez les infirmiers, mettant ainsi souvent une distance avec cette population. Ils se considèrent également souvent comme insuffisamment formés. <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non, les postulats des chercheurs ne sont pas précisés dans la recherche.

Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est premièrement visible que l'auteur a effectué des recherches sur le sujet lorsqu'il l'introduise, tel que décrit auparavant**. Par la suite également, dans le paragraphe « Background » débutant à la page 491, de manière résumée, il est précisé qu'il y a depuis la dernière décennie un intérêt montant de la recherche sur le travail infirmier auprès des personnes diagnostiquées borderline. Il cite alors des études montrant que cette population serait considérée comme plus difficile que les autres (Clearly et al, 2002 ; James & Cowman, 2007), plus dangereux, et qu'ils seraient victimes de plus de rejet et de moins d'espoir autour de leur guérison (Markham, 2003). Des recherches qualitatives montrent ainsi que le travail auprès de cette population est alors considéré comme émotionnellement impliquant (Bergman & Eckerdal, 2000 ; Bowers, 2002) et stagnant (Koekkoek et al, 2009). La combinaison d'une gestion du sentiment de laisser tomber souvent rencontré dans cette population (Bowers, 2002), d'avoir un bon soutien des collègues (Ma et al, 2009) et de rester réaliste autour du changement (Koekkoek et al, 2009), permet aux infirmiers de pouvoir créer une bonne alliance thérapeutique avec cette population et donc d'avoir des résultats positifs. <p>Les soignants confient s'être parfois senti irrespectueux dans leur approche (Fallon, 2003 ; Langley & Klopper, 2005 ; Perseus et al, 2005). Des expériences positives étaient souvent rapportées lorsqu'une bonne alliance thérapeutique avait été établie (Fallon, 2003 ; Langley & Klopper, 2005 ; Perseus et al, 2005), traduisant le besoin des patients borderline à retrouver, de par la relation, une certaine confiance en eux (Langley & Klopper, 2005).</p> <p>La recension des écrits a ainsi été entreprise par l'auteur, citant de nombreux auteurs et se basant sur des études relativement récentes, venant de revues scientifiques.</p>
-----------------------------	--

Cadre de recherche	<p>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune indication sur le cadre conceptuel de l'auteur n'est mentionné dans l'étude, ni les bases philosophiques et théoriques.
---------------------------	---

But, questions de recherche	<p>Le but est-il clairement énoncé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> *Oui. Cette étude a comme objectif, comme décrit à la page 491, de présenter les résultats d'une recherche exploratoire autour des expériences d'une bonne pratique d'après des infirmiers et autres professionnels de la santé mentale, travaillant dans une organisation spécialisée dans le traitement de personnes ayant un trouble de la personnalité borderline. <p>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Non, les questions de recherche de l'auteur ne sont pas présentées. <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, cette recherche traite de ce qui est perçu par un groupe de cliniciens comme étant une bonne pratique auprès de cette population, émanant donc de leurs expériences. <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur prend appui sur les concepts de Winnicott pour éclairer la compréhension de certaines de ses données.
------------------------------------	--

Méthode

<p>Population et échantillon</p>	<p>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En effet, à la page 492, le contexte (service régional fournissant un traitement aux personnes ayant un trouble de la personnalité borderline, moyen ou sévère. Ce service contient également une partie résidentielle) et les participants sont écrits (9 cliniciens, dont 4 infirmiers, 3 thérapeutes sociaux, un art thérapeute et un psychiatre***. Ce nombre a été choisi par l'auteur du fait qu'il est relatif à l'importance du rôle de chaque profession envers cette population). <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En plus du critère professionnel cité juste auparavant***, l'auteur de l'article nous précise que les participants ont été sélectionnés selon un critère de sélection (avoir travaillé au moins 1 an dans le service). Ainsi, la population interviewée avait travaillé entre 1 et 25 ans dans la population, 7.2 an comme moyenne, et l'entier de l'échantillon, 3 des interviewés étaient des hommes, 6 des femmes. <p>Par déduction, nous pouvons ainsi dire qu'il s'agit ainsi d'une méthode d'échantillonnage dite « non probabiliste et intentionnel » selon le manuel de Fortin (2016), du fait que les participants ont été sélectionnés en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude. Un certain biais d'échantillonnage apparaît ainsi du fait que les participants viennent tous de la même unité, élément pouvant diminuer la diversité des réponses.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette méthode, bien que non représentative et généralisable, correspond à l'objectif du chercheur de l'étude, à savoir de décrire les expériences d'une bonne pratique auprès de professionnels de la santé mentale. Explorer les expériences d'une population correspond en effet aux objectifs visés par la recherche qualitative. <p>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Nous n'avons pas mention de ce principe, si le n a été restreint à 9 car la saturation des données a été atteinte ou pour d'autres raisons, pratiques notamment. Il s'agit ainsi d'un autre biais.
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche est-il explicité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur ne précise pas le devis de recherche utilisé, précisant juste à la page 491 qu'il s'agit d'une « recherche exploratoire ». <p>Nous pouvons néanmoins déduire, selon les différents devis de recherche qualitatifs présentés selon Fortin et Gagnon (2016), qu'il s'agit « d'une étude descriptive qualitative », consistant en un type de recherche servant à décrire des phénomènes, sans nécessairement faire appel à une méthodologie qualitative particulière, à savoir des assises théoriques ou philosophiques spécifiques.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectivement, à la page 492, il nous est dit que la recherche a été approuvée par le comité d'éthique local NHS. Les participants ont reçu 24h avant l'entretien des informations écrites sur son déroulement. Ils ont tous signé un formulaire de consentement et étaient avertis qu'ils pouvaient se retirer de la recherche à tout moment. De plus, notons que les participants sont maintenus anonymes tout au long de la recherche (noms, prénoms, lieux de vie, nom de l'hôpital, etc.). <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude permet en effet de collecter des informations sur une population de patients en vue d'améliorer leur bien-être, en maximisant le bénéfice des participants. En effet, les entretiens étaient dirigés dans un endroit confortable pour les participants, tel que décrit à la page 492. Leur confidentialité était maintenue et ils étaient libre de refuser à tout moment de se retirer, tel que dit à la question précédente.

Mode de collecte des données	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils convenablement décrits ? Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui. Il nous est dit à la page 492 qu'une approche semi-structurée a été choisie, afin de permettre aux participants de parler des sujets d'une manière libre, tout en assurant de bien cibler le sujet voulu. L'outil de collecte des données étaient ainsi les questions suivantes : Quelle est votre expérience d'une bonne pratique ? Comment avez-vous appris cette bonne pratique ? Quelle structure et organisation a été nécessaire à cet apprentissage ? Le lieu où les entretiens ont été menés est également précisé, pour 2 participants à leur domicile, 6 dans le bureau du chercheur, et 1 sur le lieu de travail, dans une autre unité. Ce lieu devait arranger les participants et être confortable pour eux.
Conduite de la recherche	<p>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur précise à la page 493 qu'il a enregistré les interviews et les a ensuite lui-même retranscrit.
Crédibilité des données	<p>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la page 493, l'auteur précise dans un paragraphe nommé « rigueur », que 5 aspects menés dans cette recherche permettent de soutenir sa rigueur : L'échantillonnage sélectionné de manière réfléchi, L'analyse des données selon une méthodologie précise, L'appui sur une théorie de soins pour étayer l'analyse, Des limites nommées par l'auteur, Et une description étendue des résultats.
Analyse des données	<p>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur précise, dans son paragraphe sur l'analyse des données en page 493 qu'il a analysé les données selon une approche thématique, basée sur une méthode d'auteurs, Braun & Clarke (2006). La retranscription, faite par l'auteur, permettait une première vision des résultats. Les interviews retranscrits étaient ensuite relus de manière à retirer les données pouvant répondre à la question : qu'est-ce qu'une bonne pratique. Les données ont ensuite été codées, donnant un résultat de 183 citations permettant directement de répondre à cette question, résumées à 9 groupes nommées par le chercheur, réduites ensuite aux 4 thèmes identifiés comme résultats. Les interviews étaient alors tous relus pour vérifier que ces catégories résumaient l'entier des données. <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la section résultats, à la page 493, l'auteur présente de manière résumée, avant de les décrire, les 4 thématiques trouvées. Les extraits sont présentés par la suite. <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, les extraits illustrent bien les 4 thématiques trouvées par le chercheur.
Résultats	
Présentation des résultats	<p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les résultats sont présentés, ils le sont selon 4 thématiques distinctes et ne sont pas associés entre eux. <p>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune figure, graphique ne résumant les conceptualisations. L'auteur prend néanmoins appui, dans la discussion, sur les apports de Winnicott pour étayer et comprendre les données récoltées (p. 496). <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non, aucune indication allant dans ce sens n'est donnée par les auteurs, pouvant être source de biais.
Discussion	

<p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectivement, dès le paragraphe « discussion » à la page 496, l'auteur dit que son étude confirme des résultats trouvés par d'autres (Winship & Hardy's 2007), affirmant la nécessité d'un modèle social de traitement de cette population. L'auteur affirme néanmoins que ses résultats infirment d'autres études, notamment celles montrant les contre-attitudes fréquentes (Bowers et al, 2000 ; Markham & Trower, 2003 ; Deans & Meocevic, 2006). Il défend en effet que ses participants ont démontrés une perception positive quant au potentiel d'évolution de cette population. Il dit également que plutôt que de la considérer comme difficile à gérer, elle était perçue comme une perspective intéressante d'évolution et d'apprentissage. <p>L'auteur explique alors ses résultats, conformément à une étude antérieure, à la lumière de concepts de Winnicott (contenance, rôle miroir de la mère, processus de désillusion)</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur présente à la page 493 les limites de l'étude (petit échantillon et vu qu'il s'agit d'interviews auprès de personnes travaillant dans un service spécialisé pour cette population, ne peut être généralisé). Il n'y revient néanmoins pas dans sa discussion et les recommandations.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur précise l'aspect innovant de cette recherche, en soulignant l'importance de travailler pour les infirmiers avec cette population dans une perspective de guérison, et donc positive, tout en rencontrant le processus de désillusion introduit par Winnicott. <p>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, pour la pratique. Les résultats de la recherche encouragent ainsi la formation des infirmiers envers cette population, mais aussi à organiser toute la structure derrière permettant l'alliance avec ce type de patients (supervision, prise de décision partagée). <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, les conclusions vont dans le sens des données récoltées par l'auteur.