

# **En quoi l'attitude de l'infirmier permet de maintenir l'alliance thérapeutique avec les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ?**

## **Travail de Bachelor**

**Brian MARCA**

N° matricule : 22637045

**Aya NAHOUM**

N° matricule : 21634993

**Scharlène Dialungana NDULA**

N° matricule : 22637359

Directrice : Lucie KEMKEN – Chargé de cours HEdS-Infirmière Spécialiste Clinique en santé mentale et psychiatrie

Membre du jury : Vincent JUILLARD – Infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie

**Août, 2025**

Filière Soins Infirmiers  
Haute école de santé de Genève

## DÉCLARATION

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers à la Haute école de santé de Genève. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ». Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Fait à Genève, le 8 août 2025

Brian MARCA

Aya NAHOUM

Scharlène Dialungana NDULA

Afin de faciliter la lecture, pour l'ensemble des termes employés, le masculin singulier sera privilégié. Ce choix ne remet pas en cause la reconnaissance de la diversité des identités de genre.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Madame Lucie Kemken directrice de notre travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son engagement et la qualité de son accompagnement.

Nous adressons également nos sincères remerciements à Monsieur Vincent Juillard, pour avoir accepté de faire partie du jury de notre soutenance et pour l'intérêt qu'il porte à notre travail.

Nous remercions les bibliothécaires de la Haute École de Santé de Genève pour leur aide dans nos recherches d'articles scientifiques.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Ciro Candia, dont le soutien et la bienveillance m'ont permis de réaliser mes trois années de formation avec sérénité. **Aya NAHOUM**

Je tiens à remercier mes proches pour leurs encouragements constants et leur soutien tout au long de ces années de formation. Un merci tout particulier à mes enfants pour leur patience, leur soutien et leur compréhension lorsque j'étais moins disponible. **Scharlène Dialungana NDULA**

Je remercie Madame Patricia Marca Fonseca Da Silva pour son dévouement, son soutien et ses encouragements au cours de ses dernières années. Lors de l'écriture de ce travail de Bachelor, elle a su se montrer présente, encourageante, apporter un avis neutre et pertinent. Enfin, elle a su me guider dans ma démarche pour entreprendre et finaliser ce projet académique. **Brian MARCA**

Pour finir, nous souhaitons souligner la qualité de la collaboration que nous avons partagée tout au long de cette année. C'est avec une réelle satisfaction que nous clôturons ensemble ce chapitre de notre formation en soins infirmiers.

*Les auteurs de ce Travail de Bachelor déclarent avoir eu recours à l'utilisation de l'intelligence artificielle (notamment via l'outil ChatGPT) pour diverses tâches telles que la reformulation de certains contenus et les corrections de forme. Aucune section n'a été rédigée exclusivement par une intelligence artificielle, l'ensemble du contenu est le fruit de notre propre réflexion et de notre travail.*

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est le plus fréquent des troubles de la personnalité. Il représente un défi majeur en santé mentale, en particulier pour les infirmiers. L'alliance thérapeutique est souvent fragilisée par l'instabilité émotionnelle des patients et par des attitudes stigmatisantes de la part des soignants.

**Objectif :** Ce travail de Bachelor explore en quoi l'attitude infirmière contribue au maintien de l'alliance thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB.

**Méthode :** Une revue de littérature a été menée via PubMed et CINAHL, à partir de mots-clés traduits en MeSH Terms : Trouble de la personnalité borderline, Attitude infirmière, Alliance thérapeutique et Infirmier. Neuf articles (2006–2023), incluant des études qualitatives, quantitatives et mixtes, ont été sélectionnés. Ils portent sur les attitudes infirmières et l'alliance thérapeutique chez les patients atteints d'un TPB.

**Résultats :** L'attitude infirmière influence directement la qualité de l'alliance thérapeutique. Une posture bienveillante, non jugeante et disponible favorise la collaboration. Des attitudes stigmatisantes ou des réactions négatives liées à un manque de connaissances sur le TPB fragilisent la relation et augmentent le risque de rupture de soins. La formation continue et le soutien institutionnel sont essentiels pour consolider ces compétences.

**Conclusion :** Les résultats soulignent le rôle central de l'attitude infirmière dans une alliance thérapeutique stable avec les patients atteints d'un TPB. Le modèle de Peplau, fondé sur la confiance et la communication, éclaire cette relation. Pour limiter la stigmatisation et renforcer cette alliance, des formations spécifiques dès la formation initiale et une supervision régulière sont essentielles.

**Mots-clés :** trouble de personnalité borderline ; attitude infirmière ; alliance thérapeutique, infirmier

**Keywords:** borderline personality disorder; nurse attitude; therapeutic alliance, nurse

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CNP</b>	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth
<b>HEdS-GE</b>	Haute École de Santé - Genève
<b>HeTOP</b>	Health Terminology/Ontology Portal
<b>GPM</b>	Good Psychiatric Management
<b>IMRD</b>	Introduction ; Méthode ; Résultats ; Discussion
<b>IPA</b>	Interpretative Phenomenological Analysis
<b>ISM</b>	Infirmiers en santé mentale
<b>JBI</b>	Joanna Briggs Institute
<b>MBT-S</b>	Thérapie basée sur la mentalisation
<b>MeSH Terms</b>	Medical Subject Headings
<b>P.I.C.O</b>	Population, Intervention, Contexte et Outcome
<b>PubMed</b>	US National Library of Médecine National Institutes of Health
<b>RCT</b>	Essai randomisé contrôlé
<b>STEEPS</b>	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving
<b>TCD</b>	Thérapie comportementale dialectique
<b>TPB</b>	Trouble de la personnalité borderline

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: < P.I.C.O > .....	12
Tableau 2: < Concepts, termes MeSH >.....	13
Tableau 3:< Équation de recherche > .....	14
Tableau 4: < Comparatif des thèmes >.....	33
Tableau 5: < Thèmes sélectionnés pour la discussion > .....	34

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: < Diagramme de flux > .....	19
Figure 2: < Pyramide d'interprétation des preuves > .....	20

## TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	i
Remerciements.....	ii
Résumé .....	iii
Liste des abréviations .....	iv
Liste des tableaux .....	v
Liste des figures .....	v
Table des matières.....	vi
1. Introduction.....	1
2. Problématique .....	2
3. État des connaissances.....	3
3.1. Trouble de la personnalité borderline .....	3
3.2. La relation interpersonnelle .....	4
3.3. La relation thérapeutique .....	4
3.4. L'attitude stigmatisante .....	6
4. Modèle Théorique .....	8
4.1. Ancrage disciplinaire .....	9
5. Question de recherche.....	11
6. Méthode.....	12
6.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire .....	12
6.2. Les articles sélectionnés dans la base de données PubMed et CINAHL :.....	17
6.3. Diagramme de flux.....	19
7. Résultats.....	20
7.1. Analyse critique des articles retenus .....	22
7.2. Tableau comparatif .....	32

<b>8. Discussion.....</b>	<b>35</b>
8.1. L'attitude des infirmiers auprès des patients atteints d'un TPB .....	35
8.2. L'impact des connaissances sur l'attitude de l'infirmier auprès des patients atteints d'un TPB	37
8.3. Renforcer l'alliance thérapeutique grâce à la formation sur le TPB.....	39
<b>9. Conclusion .....</b>	<b>42</b>
9.1. Apports et limites du travail.....	42
9.2. Recommandations .....	43
9.2.1. Clinique .....	43
9.2.2. Recherche .....	44
9.2.3. Enseignement.....	44
<b>Références.....</b>	<b>46</b>
<b>Annexe 1 : Tableaux de synthèse des neuf articles .....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 2 : Grille d'analyse JBI .....</b>	<b>74</b>

# 1. INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) représente un défi majeur dans les soins en santé mentale, tant par la complexité de sa symptomatologie que par l'instabilité des relations interpersonnelles qu'il engendre. Il se caractérise par une impulsivité marquée, une instabilité émotionnelle, une peur intense de l'abandon et des comportements autodestructeurs. Ce trouble affecte profondément le lien que les patients entretiennent avec les soignants. Parmi ces derniers, les infirmiers occupent une place centrale, étant souvent les premiers interlocuteurs dans la relation de soin au quotidien (Bodner et al., 2011 ; Sansone & Sansone, 2013 ; Sheehan et al., 2016).

Ce travail de Bachelor s'inscrit dans une démarche de revue de la littérature et vise à explorer la question suivante : En quoi l'attitude de l'infirmier permet de maintenir l'alliance thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB ? À travers l'analyse de la littérature scientifique existante, il s'agirait de mieux comprendre les attitudes et les compétences relationnelles mobilisées par les infirmiers. Cette étude cherche également à identifier les stratégies favorisant l'établissement d'une relation thérapeutique stable et constructive avec cette population. L'objectif final est d'explorer des pistes de réflexion pour la pratique infirmière.

Dans un premier temps, la problématique sera explicitée, accompagnée de la définition des concepts clés. Par la suite, la théorie des relations interpersonnelles de Hildegard Peplau sera présentée et mise en perspective avec la problématique afin d'en souligner la pertinence théorique. L'articulation de ces éléments permettra de construire une problématique, à partir de laquelle sera formulée la question de recherche qui guidera l'ensemble de ce travail.

La méthode de recherche sera présentée sous forme d'un diagramme de flux, précédée par l'élaboration de la stratégie selon le modèle Population, Intervention/Phénomène d'intérêt, Contexte et Outcome (P.I.C.O). La recherche a été menée dans les bases PubMed et CINAHL. Neuf articles ont été sélectionnés et analysés. Cette analyse a permis de répondre à la question posée. Enfin, la conclusion traitera des limites et apports des articles et recommandations pour la pratique, la recherche et la formation.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Le TPB est le trouble psychiatrique le plus fréquent parmi l'ensemble des troubles de la personnalité et il est plus prédominant que la schizophrénie et le trouble bipolaire (McGrath & Dowling, 2012). Sa prévalence est estimée à 4-6 % de la population générale (Fitaire, 2022 ; Knuf, 2014). Le TPB est caractérisé par une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs ainsi que des relations interpersonnelles complexes. La gravité du trouble réside notamment dans les comportements parasuicidaires et suicidaires (Desseilles, 2014).

En Suisse, le taux de suicide dans la population générale est d'environ 0,2 %. Cependant, chez les patients atteints d'un TPB, ce taux atteint 10 % (Knuf, 2014). Dans le domaine des soins, accompagner les patients atteints d'un TPB représente un défi pour les professionnels de la santé. En effet, les infirmiers sont régulièrement amenés à intervenir auprès de cette population et ce, quel que soit le service dans lequel ils exercent, qu'il s'agisse de la psychiatrie, de la médecine somatique ou des services d'urgence. Les infirmiers, souvent en première ligne, sont particulièrement susceptibles d'adopter des attitudes stigmatisantes envers les patients atteints d'un TPB (Bodner et al., 2015 ; Sansone & Sansone, 2013 ; Sheehan et al., 2016).

### 3. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La personnalité est ce qui rend chaque individu unique, avec des particularités qui le distinguent du reste du monde notamment en raison d'un ensemble de caractéristiques psychologiques. Naudet (2020) définit la personnalité comme un ensemble de traits qui influencent de manière stable et adaptée la façon dont une personne interagit avec les autres. Elle englobe la cognition, le comportement et les émotions. Cependant, lorsque ces traits perturbent le fonctionnement quotidien de l'individu, on parle alors de trouble de la personnalité (Granger, 2012 ; Psychomédia, 1996). Les troubles de la personnalité font partie des troubles psychiatriques et leurs principaux domaines d'expression sont les perturbations des affects, les troubles cognitifs, les relations interpersonnelles et une impulsivité marquée (Guelfi et al., 2023).

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition (DSM-5) définit le trouble de la personnalité comme un ensemble de comportements et expériences vécues qui ne répondent pas aux attentes de l'individu, ce qui peut être envahissant. Le TPB fait partie des troubles de la personnalité (Pham et al., 2021 ; Zimmerman, 2023). Les symptômes du TPB apparaissent dès l'adolescence et empêchent la personne de fonctionner de façon adaptée dans son environnement (Guelfi et al., 2023).

#### 3.1. Trouble de la personnalité borderline

Le TPB est un trouble de la régulation des émotions. Il cause une labilité émotionnelle et affective qui produit une réaction émotionnelle brusque, disproportionnée et inadaptée au contexte. Cette labilité émotionnelle entraîne des comportements autodommageables, perturbe les relations interpersonnelles ainsi que l'image de soi (Beaudin & Nantas, 2021; Desseilles, 2014 ; Granger, 2012). Dans le monde, la prévalence de la population atteinte d'un TPB est de 1% à 2% (Bode et al., 2017 ; Lieb et al., 2004). En Suisse, la prévalence du TPB était estimée, en 2022, entre 4 et 6% de la population générale (Fitaire, 2022). Cela représente près de cent mille personnes, alors que la population comptait 8,9 millions d'habitants (OMS, 2024). En effet, cela représente 10% des patients en ambulatoire et 15 à 25% des patients hospitalisés en psychiatrie. Entre 70 et 80 % des patients atteints d'un TPB font au moins une tentative de suicide dans leur vie et plus de 70% ont des comportements auto dommageables. La mortalité par suicide des patients atteints d'un TPB est 50 fois plus élevée que dans la population générale. Les actes parasuicidaires et suicidaires diminuent l'espérance de vie des patients atteints d'un TPB de 18 ans. Plus de 60% des patients atteints d'un TPB abandonnent leur thérapie et ont une moyenne de 6 thérapeutes au cours de leur vie. Le TPB concerne autant les femmes que les hommes (Fitaire, 2022). Toutefois, les femmes sont davantage diagnostiquées que les hommes car elles consultent plus facilement. (Desseilles, 2014 ; Fok

et al., 2012 ; Gunderson, 2011 ; Leichsenring et al., 2011). Le trouble de la régulation émotionnelle dont souffre le patient atteint d'un TPB a pour conséquence un risque élevé de suicidalité. Cependant, la conséquence la plus problématique demeure les difficultés relationnelles, tant dans la sphère privée qu'avec le personnel soignant (Desseilles, 2014 ; Estellon, 2017).

### **3.2. La relation interpersonnelle**

La majorité des patients atteints d'un TPB ont grandi dans un environnement invalidant, qui crée de l'insécurité, principalement en raison de négligence émotionnelle, physique, voire d'une interaction de ces deux dernières dimensions. (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021 ; Desseilles, 2014). Ce fond d'insécurité permanent, qui est intrinsèque aux patients atteints d'un TPB, fait que leurs relations interpersonnelles sont régulièrement mises à l'épreuve (Desseilles, 2014 ; Estellon, 2017). Le patient atteint d'un TPB se sent souvent angoissé, mal dans sa peau et ignore la raison de ce mal-être constant. Par conséquent, cette population est souvent sujette à des crises d'angoisse (Granger, 2012). Pour le patient atteint d'un TPB, il lui est intolérable de se sentir seul, d'être abandonné par les personnes qui l'entourent. Tout signe d'éloignement, bien qu'il soit minime, sera considéré et vécu comme un véritable abandon. En effet, le patient atteint d'un TPB oscille entre idéalisation et rejet de l'autre. Cette oscillation provoque des accès de colère, des comportements autodommageables et ces derniers vont mettre sous tension la relation (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Ces états émotionnels contradictoires trouvent leur origine dans un environnement insécure, particulièrement durant l'enfance, que le patient atteint d'un TPB a internalisé. Par identification projective inconsciente, le patient atteint d'un TPB va agir avec les autres de manière contradictoire, telle que ses figures d'attachement l'ont fait avec lui. Ainsi, inconsciemment, le patient atteint d'un TPB va créer cet abandon qu'il redoutait tant (Desseilles, 2014 ; Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Il peut prendre l'initiative de la rupture, que ce soit en coupant tout lien avec son interlocuteur ou en adoptant un comportement si insupportable que l'autre personne ne trouvera que la séparation comme seule solution. Plus la relation gagne en intimité, plus l'attachement à l'autre se renforce et plus l'angoisse de l'abandon risque de mettre en péril la relation. Cette relation complexe se retrouve aussi avec le personnel soignant (Desseilles, 2014).

### **3.3. La relation thérapeutique**

La relation thérapeutique est une collaboration et un accompagnement mutuel entre le patient et le personnel soignant. Elle vise à construire une alliance thérapeutique fondée sur la confiance et le partenariat, afin d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de la prise en soin (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Elle constitue un

facteur déterminant dans l'efficacité des interventions psychothérapeutiques et contribue à améliorer l'observance du traitement médicamenteux (Morvillers et al., 2022). L'alliance thérapeutique entre le patient atteint d'un TPB et le soignant est régulièrement déséquilibrée. Longtemps, les professionnels de santé ont été réticents à prendre en soin les patients atteints d'un TPB. Cette réticence s'explique par un manque de connaissances sur la pathologie et par les réactions émotionnelles intenses des patients, qui peuvent être parfois imprévisibles. Ces éléments peuvent compliquer la relation thérapeutique entre le soignant et le patient (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Cailhol & Ragonnet, 2013 ; Estellon, 2017).

Chez les patients atteints d'un TPB, l'alliance thérapeutique présente des défis particuliers. La complexité de l'alliance thérapeutique découle de leur dysrégulation émotionnelle, de leur angoisse de l'abandon, ainsi que des transferts inconscients qu'ils projettent sur le soignant. Ces dynamiques rendent par conséquent difficile la construction et le maintien d'une alliance thérapeutique stable (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021).

Le transfert est un mécanisme inconscient par lequel des émotions et des représentations issues du passé sont projetées sur une personne dans le présent, de manière positive ou négative. Le contre-transfert, également inconscient, correspond aux émotions ressenties et aux réactions du soignant en réponse au transfert émis par le patient. Le transfert et le contre-transfert sont façonnés par la qualité des liens établis avec les figures d'attachement (Treich & Godjo, 2016) Les patients atteints d'un TPB sont particulièrement sujets à ce mécanisme inconscient dans leurs relations interpersonnelles (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021 ; Jovic & Formarier, 2012)

Ce processus inconscient peut compromettre la qualité de la relation thérapeutique, notamment si le soignant réagit par un contre-transfert négatif. Il est donc essentiel que le soignant comprenne le fonctionnement psychologique des patients atteints d'un TPB. Cette compréhension est cruciale pour prévenir une rupture thérapeutique et maintenir une alliance stable (Beaudoin & Nantas, 2021). En effet, le thérapeute peut être perçu par le patient atteint d'un TPB comme chaleureux ou froid et soutenant ou rejetant (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Ces ambivalences peuvent entraîner une rupture de la relation thérapeutique, voire l'abandon des soins par le patient atteint d'un TPB ou par le soignant. De plus, un manque d'empathie ou des attitudes stigmatisantes adoptées par le soignant, en réaction au comportement du patient, peuvent contribuer à l'échec de la prise en soin (Beaudoin & Nantas, 2021).

### 3.4. L'attitude stigmatisante

La stigmatisation est définie comme un rejet social et la dévalorisation d'un individu en fonction des caractéristiques négatives que la société lui attribue. Les patients atteints d'un TPB sont souvent stigmatisés par le personnel soignant. Leur intense colère, leur imprévisibilité et leur attachement dysfonctionnel rendent complexe la relation thérapeutique. Cette relation engendre un sentiment d'impuissance et d'exaspération chez les soignants (Bodner et al., 2015 ; Sansone & Sansone, 2013 ; Sheehan et al., 2016). L'attitude stigmatisante des infirmiers est le plus souvent la conséquence d'une mauvaise gestion des enjeux transférentiels, en particulier le contre-transfert (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Treich & Godjo, 2016).

L'attitude désigne une manière de penser, de ressentir et d'évaluer une situation ou une personne. Elle influence directement nos réactions et comportements face à notre environnement. Les attitudes se développent progressivement à travers nos expériences personnelles, notre éducation et notre environnement social. Bien qu'elles soient ancrées, elles restent flexibles et peuvent évoluer au fil du temps en fonction des nouvelles expériences vécues (Jovic & Formarier, 2012 ; Missionpsychologue, 2024).

Les attitudes se répartissent en trois catégories :

1. **Les attitudes individuelles** : elles correspondent à une prédisposition propre à un individu, influençant sa manière d'agir ou de réagir face à un stimulus extérieur.
2. **Les attitudes communes** : elles regroupent les attitudes partagées par plusieurs individus envers un même objet.
3. **Les attitudes collectives** : elles concernent les attitudes qui orientent l'action d'un groupe ou d'une collectivité face à une situation donnée (Jovic & Formarier, 2012 ; Missionpsychologue, 2024).

Certains infirmiers ont des attitudes positives envers les patients atteints d'un TPB, tandis que d'autres éprouvent des réactions émotionnelles négatives à leur égard. Les attitudes positives résultent d'une meilleure compréhension du TPB. L'acquisition de connaissances permet aux infirmiers de renforcer leur conscience de soi et de mieux gérer les défis de la relation thérapeutique. En ce qui concerne les attitudes négatives des soignants, celles-ci sont dues à un manque de connaissances sur le TPB, ainsi qu'à des préjugés et à une méfiance persistante envers ces patients. Elles sont souvent liées à des expériences professionnelles difficiles (Romeu-Labayen et al., 2022).

Le patient atteint d'un TPB confronte les professionnels de la santé à leurs limites professionnelles et humaines. Les difficultés relationnelles entre le patient atteint d'un TPB et le thérapeute peuvent entraîner des interruptions de suivi, des soins superflus voire délétères. Dans ce contexte, l'attitude adoptée par les infirmiers joue un rôle clé dans la qualité de la

relation thérapeutique et l'efficacité de la prise en soin (Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021 ; Greiner et al., 2019).

## 4. MODÈLE THÉORIQUE

Hildegard Peplau est une pionnière des soins infirmiers en psychiatrie. Durant sa formation en psychologie, elle s'est intéressée à la théorie des relations interpersonnelles et à son application dans la pratique infirmière. Elle a mis l'accent sur la relation infirmier-patient, qu'elle estime être un fondement de la pratique infirmière. Elle fait partie de l'école de l'interaction. Cette école de pensée est centrée sur l'interaction entre un infirmier et un patient avec une prise en soin holistique et individualisée. L'interaction est basée sur le respect de l'intégrité, un engagement thérapeutique ainsi que sur la prise en compte des besoins de la personne soignée. Hildegard Peplau définit quatre éléments fondamentaux qui représentent la relation interpersonnelle thérapeutique. (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014). Les quatre étapes de la relation interpersonnelle thérapeutique sont : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

### L'étape d'orientation

Le patient reconnaît son besoin d'une aide professionnelle et initie une rencontre avec l'infirmier. Celui-ci joue un rôle central en fournissant des informations sur la pathologie et en accueillant les émotions du patient avec une écoute attentive. Ensemble, ils identifient les besoins, clarifient les attentes et définissent les objectifs ainsi que les traitements adaptés. En s'impliquant dans le processus de soin, le patient questionne sa maladie, ce qui l'aide à l'intégrer à son parcours de vie. Cette étape établit une relation de partenariat, où le patient devient acteur de sa prise en charge et de la gestion de ses soins (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

### L'étape d'identification

Une fois son problème de santé identifié, le patient perçoit l'infirmier comme un soutien indispensable. Une communication ouverte et l'établissement d'un lien de confiance facilitent l'expression des émotions et des besoins du patient. Ce climat favorable constitue un cadre permettant l'exploration des perceptions du patient ainsi que de son histoire personnelle. Pendant ce processus, les soins infirmiers peuvent parfois ramener le patient à des souvenirs d'enfance, suscitant des sentiments ambivalents. Cela souligne l'importance de favoriser le développement de son autonomie. Cette autonomie lui permettra de faire face à ses difficultés tout en travaillant en collaboration avec l'infirmier, dans une dynamique d'interdépendance (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

### L'étape d'exploitation

Le patient s'appuie pleinement sur les services de l'infirmier, le considérant comme une ressource importante. Cette étape intègre à la fois les progrès réalisés et les régressions possibles. La régression peut survenir lorsque le patient cherche à utiliser tous les services et interventions auxquels l'infirmier peut répondre, mais qui ne sont pas propices au développement de son indépendance. Cette phase inclut des entretiens visant à explorer, comprendre et travailler sur les difficultés rencontrées par le patient. Ainsi, l'infirmier aide le patient à trouver un équilibre, favorisant sa progression vers le rétablissement (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

### L'étape de résolution

Le patient progresse vers l'autonomie, surmontant son problème de santé et se tournant vers de nouveaux objectifs. Ses besoins sont satisfaits grâce à la collaboration établie avec l'infirmier, ce qui lui permet de clôturer son expérience de la maladie et de la prise en soin. L'infirmier soutient ce processus en répondant aux besoins somatiques et psychologiques du patient, tout en transférant progressivement le pouvoir décisionnel au patient. Ainsi, la relation thérapeutique prend fin, avec les besoins du patient satisfaits grâce à cette relation de partenariat avec l'infirmier (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

## **4.1. Ancrage disciplinaire**

La personne est une entité bio-psycho-socio-spirituelle en perpétuelle évolution, capable de reconnaître et de convertir son anxiété en une force positive pour répondre à ses besoins. Les patients atteints d'un TPB ont une angoisse constante de l'abandon. Cette angoisse de l'abandon est internalisée et projetée sur l'autre avec le risque de provoquer l'abandon tant redouté. L'objectif de l'accompagnement infirmier est de permettre aux patients atteints d'un TPB de conscientiser cette angoisse de l'abandon afin de modifier certains comportements iatrogènes dans la relation interpersonnelle (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; Deseilles, 2014).

La santé est perçue comme un symbole de bien-être, encourageant l'individu à développer pleinement sa personnalité dans un contexte individuel et communautaire. La maladie est considérée comme une expérience humaine qui peut encourager la croissance. Ainsi, le TPB peut être perçu comme une opportunité de travailler sur son instabilité identitaire. En effet, les patients atteints d'un TPB présentent une personnalité fragilisée. Leur identité étant instable, ils peinent à définir qui ils sont réellement, ce qu'ils apprécient ou souhaitent accomplir, notamment en ce qui concerne les projets professionnels. Par ailleurs, les patients atteints d'un TPB adoptent parfois des comportements auto-dommageables pour gérer leur

dysrégulation émotionnelle. L'accompagnement infirmier consiste à leur fournir des outils adaptés de régulation émotionnelle, afin de les aider à gérer leurs émotions sans engendrer d'effets iatrogènes sur leur santé (Desseilles, 2014 ; Estellon, 2017 Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017).

L'environnement se compose d'un groupe de personnes significatives avec lesquelles l'individu interagit en fonction de sa culture. Les patients atteints d'un TPB entretiennent souvent des relations interpersonnelles instables et intenses, marquées par des alternances entre idéalisation et dévalorisation de l'autre. Ces fluctuations soudaines dans la perception de l'autre empêchent l'établissement de relations de confiance stables et durables ( Desseilles, 2014 ; Estellon, 2017 Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017).

Le soin est un processus thérapeutique interpersonnel reposant sur la relation entre une personne nécessitant une prise en soin et un professionnel formé à répondre à ses besoins. Cette relation poursuit un objectif commun, basé sur le respect, le développement et un apprentissage mutuel. L'art infirmier est vu par Peplau comme une ressource positive pour le soignant et le patient. Les patients atteints d'un TPB ont des relations interpersonnelles particulièrement complexes. Leur dysrégulation émotionnelle, leur angoisse de l'abandon et les transferts inconscients qu'ils projettent envers le soignant compliquent considérablement l'établissement et la pérennisation d'une alliance thérapeutique stable. La réponse à ces transferts inconscients peut engendrer une stigmatisation de la part du personnel soignant envers les patients atteints d'un TPB et entraîner une entrave à l'alliance thérapeutique (Desseilles, 2014 ; Estellon, 2017 Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017).

## 5. QUESTION DE RECHERCHE

Le TPB est un trouble de la régulation des émotions. Il influence les émotions, le comportement, la cognition et les interactions sociales. Ce trouble entraîne des comportements autodestructeurs, fréquents dans cette population, allant jusqu'aux tentatives de suicide. Par ailleurs, cette dysrégulation émotionnelle a un impact significatif sur les relations interpersonnelles (Beaudin & Nantas, 2021 ; Desseilles, 2014 ; Grange, 2012).

Les relations interpersonnelles sont marquées par des oscillations entre idéalisation et rejet, dues à un environnement invalidant dans l'enfance. Ce modèle relationnel est influencé par une angoisse de l'abandon, ce qui fragilise les relations interpersonnelles. Cette dynamique complexe peut également affecter la relation avec les soignants. Dans le cadre des soins, la relation thérapeutique peut être complexe en raison des projections émotionnelles inconscientes du patient, que l'on appelle le mécanisme de transfert. Les réactions inconscientes suscitées par le soignant, en réponse aux projections du patient, sont quant à elles appelées le contre-transfert. Ces mécanismes inconscients peuvent fragiliser la relation thérapeutique et engendrer une attitude stigmatisante de la part des soignants. Une attitude négative des infirmiers peut avoir des répercussions sur la prise en soins des patients atteints d'un TPB. L'ensemble de ces éléments peut mener à une rupture de soins (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Brennstuhl & Marteau-Chasserieau, 2021 ; Desseilles, 2014).

Dans ce contexte, la théorie de la relation thérapeutique d'Hildegard Peplau met en avant le rôle essentiel du partenariat, de la communication et de la compréhension mutuelle pour améliorer les interactions entre infirmiers et patients (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

Il est primordial de s'interroger sur les attitudes des infirmiers afin de maintenir une alliance thérapeutique constructive en évitant la stigmatisation et la rupture de soins auprès des patients atteints d'un TPB (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Desseilles, 2014) :

**En quoi l'attitude de l'infirmier permet de maintenir l'alliance thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB ?**

## 6. MÉTHODE

Après avoir défini la question de recherche, la méthode Population, Intervention/Phénomène d'intérêt, Contexte et Outcome (P.I.C.O) a été employée pour identifier les principaux enjeux de la problématique. Afin d'y répondre, des recherches documentaires ont été menées à plusieurs reprises entre décembre 2024 et mars 2025 à la bibliothèque de la Haute École de Santé de Genève. Celles-ci se sont concentrées sur deux bases de données : le Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) et l'US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed).

### 6.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La méthode P.I.C.O a été utilisé pour définir les concepts de la problématique reliés à notre question de recherche. Par la suite, les termes : Les patients atteints d'un trouble borderline ; L'attitude de l'infirmier ; hospitalier et/ou ambulatoire et maintenir l'alliance thérapeutique ont été identifiés (Tableau 1) :

**Tableau 1: < P.I.C.O >**

Population	Les patients atteints d'un TPB
Intervention/Phénomène d'intérêt	L'attitude de l'infirmier
Contexte	Hospitalier/ Ambulatoire
Outcome	Maintenir l'alliance thérapeutique

Les mots-clés ont été traduits en anglais par le moteur de recherche Health Terminology/Ontology Portal (HeTOP) en termes Medical Subject Headings (MeSH Terms). Les MeSH Terms ont été insérés dans les bases de données PubMed. Pour la base de données CINAHL, les mots clés ont été traduits en anglais avec le traducteur DeepL (Tableau 2).

**Tableau 2: < Concepts, termes MeSH >**

Concepts/Mots clés	HeTOP Français (Termes du thésaurus MeSH)	HeTOP Anglais (Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed)	Termes Subject Headings (CINAHL)	Mots libres
Trouble de la personnalité borderline	Trouble de la personnalité limite	Borderline personality disorder	Borderline Personality Disorder	/
Attitude infirmière	Attitude  Attitude du personnel soignant  Attitude envers la santé	Attitude  Attitude of health personnel  Attitude to health	Nurse Attitudes	/
Alliance thérapeutique	Relations entre professionnels de santé et patients  Relations infirmier-patient	Professional -patient relations  Nurse-patient relations	Therapeutic alliance	Therapeutic relationship

Infirmier	Personnel infirmier	Nursing staff		
	Infirmières et infirmiers	Nurses		
	Soins infirmiers	Nursing care		

Pour affiner la recherche, les opérateurs booléens OR et AND ont été employés dans l'équation de recherche. L'opérateur booléen OR se place entre des termes synonymes et AND se place entre deux concepts associés. À partir des mots clés et des opérateurs booléens, nous avons essayé plusieurs équations de recherche. A la suite de ces essais, nous avons identifié une équation de recherche pertinente pour chaque base de données (Tableau 3). Ces équations de recherche nous ont permis la sélection d'articles pour répondre à notre question de recherche.

**Tableau 3:< Équation de recherche >**

Base de données & Dates	Équation de recherche	Filtres	Résultats	Retenu
<b>PubMed</b> 12.2024 à 03.2025	((((Nurses) OR (Nursing staff)) OR (Nursing care)) AND (((Attitude) OR (Attitude of health personnel)) OR (Attitude to health))) AND (borderline personality disorder)	/	N= 116	N=9
	((borderline personality disorder) AND (((nursing staff) OR (Nurses)) OR (nursing care))) AND (((Attitude) OR (Attitude of health personnel)) OR	/	N=50	N=3

	((Attitude to health))) AND (((therapeutic relationship) OR (professional-patient relations)) OR (nurse- patient relations))			
	((borderline personality disorder) AND (((nursing staff) OR (Nurses)) OR (nursing care))) AND (((therapeutic relationship) OR (professional-patient relations)) OR (nurse- patient relations))	/	N=101	N=2
	(borderline personality disorder) AND (((nursing staff) OR (Nurses)) OR (nursing care))	/	N=350	N=12
	(borderline personality disorder) AND (((Attitude) OR (Attitude of health personnel)) OR (Attitude to health))	2015-2025	N=268	N=6
<b>CINAHL</b> 12.2024 à 03.2025	(MM "Borderline Personality Disorder") AND (MM "Nurse Attitudes")	/	N= 32	N=1
	(MM "Borderline Personality Disorder") AND ( (MM "Nurse Attitudes") OR (MM "Attitude") OR (MM "Attitude of Health Personnel") ) )	/	N=74	N=2
	(MM "Borderline Personality Disorder")	/	N=17	N=0

	AND (MM "Therapeutic Alliance")			
	( (MM "Nurse Attitudes") OR (MM "Attitude") OR (MM "Attitude of Health Personnel") ) AND (MM "Therapeutic Alliance")	/	N=32	N=0

Les articles sélectionnés tirés des bases de données Pubmed et CINAHL respectent la structure Introduction ; Méthode ; Résultats ; Discussion (IMRD). Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés.

Critères d'inclusion sont :

- Trouble de la personnalité borderline
- Personnel infirmier
- Attitude infirmière
- Amélioration de la relation thérapeutique
- Structure des articles IMRD

Critères d'exclusion sont :

- Doublons
- Revue systématique ou méta-analyse
- Articles sans structure IMRD
- Articles datés de plus de 20 ans

Pour vérifier la pertinence des articles sélectionnés, en lien avec la rigueur méthodologique, les grilles d'évaluation d'articles scientifiques Joanna Briggs Institute (JBI) ont été mobilisées (JBI, 2025). Neuf articles ont été sélectionnés.

## 6.2. Les articles sélectionnés dans la base de données PubMed et CINAHL :

Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2023). [Borderline personality disorder : State of knowledge and attitudes among french-speaking mental health professionals]. *L'Encephale*, 49(4), 378-383. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003>

Campbell, K., Massey, D., & Lakeman, R. (2022). Working with People Presenting with Symptoms of Borderline Personality Disorder: The Attitudes, Knowledge and Confidence of Mental Health Nurses in Crisis Response Roles in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 913-922. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2087011>

Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giralt Palou, R., & Galbany-Estragués, P. (2022). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship : The perspective of people diagnosed with BPD. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 317-326. <https://doi.org/10.1111/jpm.12766>

Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2613-2623. <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>

Lanfredi, M., Elena Ridolfi, M., Occhialini, G., Pedrini, L., Ferrari, C., Lasalvia, A., Gunderson, J. G., Black, D. W., & Rossi, R. (2019). Attitudes of Mental Health Staff Toward Patients With Borderline Personality Disorder : An Italian Cross-Sectional Multisite Study. *Journal of Personality Disorders*, 35(1), 41-56. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_421](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_421)

Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops

on Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 30(4), 567-576. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_206](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_206)

Stroud, J., & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253. <https://doi.org/10.1002/pmh.1214>

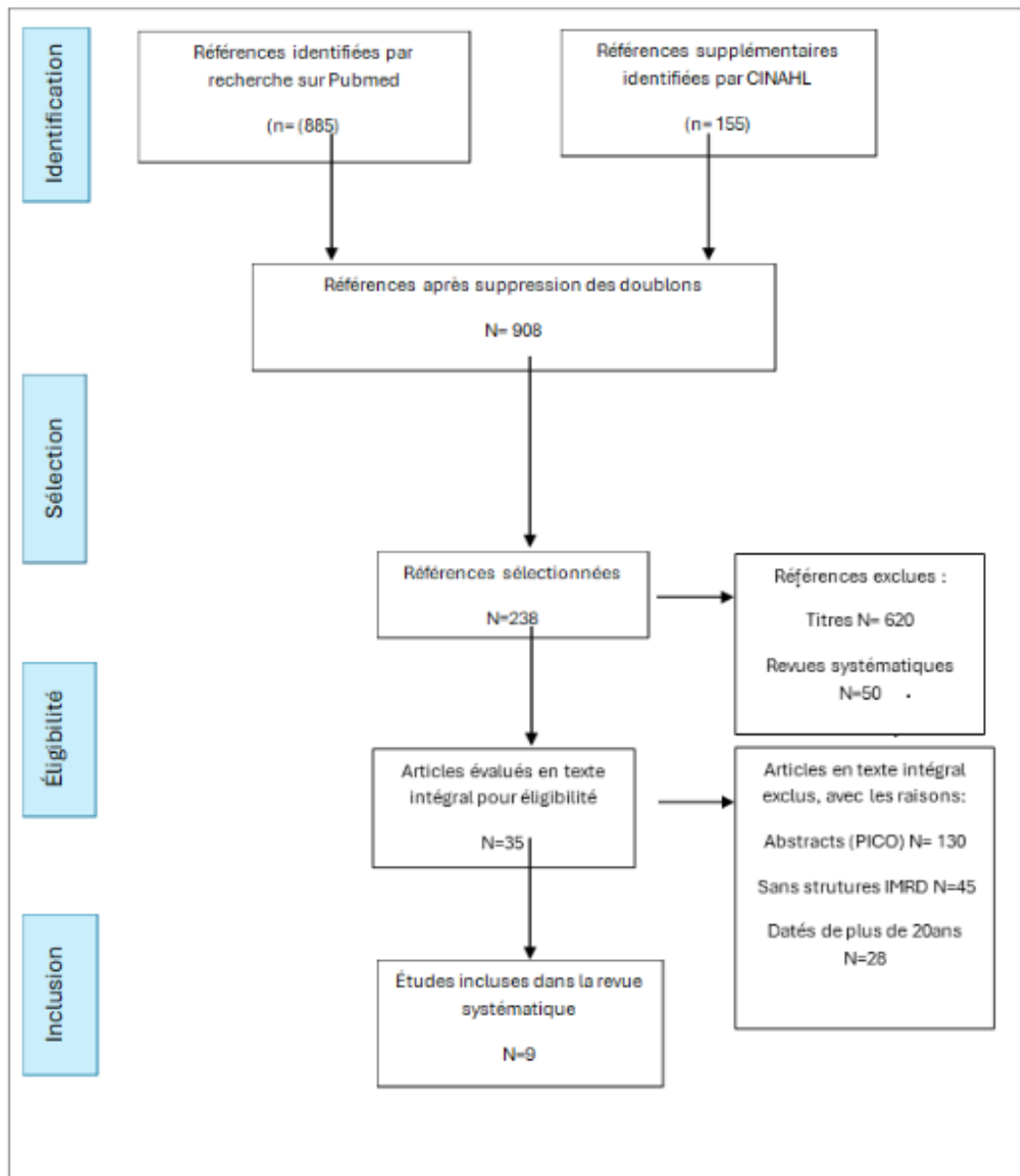
James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>

Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

### 6.3. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1. En tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion, neuf articles ont été sélectionnés dans les bases de données Pubmed et CINAHL.

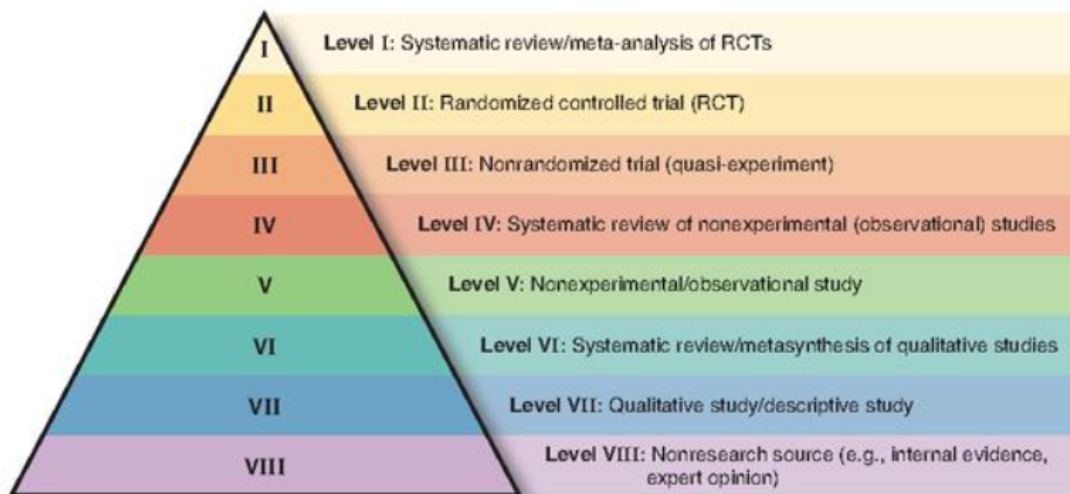
Figure 1: < Diagramme de flux >



## 7. RÉSULTATS

Notre question de recherche porte sur les attitudes des infirmiers envers les patients atteints d'un TPB afin de maintenir l'alliance thérapeutique. Pour cette revue de littérature, nous avons sélectionné et analysé neuf articles. Il ressort de cette analyse que cinq articles sont des études quantitatives, trois articles sont des études qualitatives et un article est une étude mixte. Nous avons déterminé le niveau de preuve de chaque étude en utilisant la pyramide d'interprétation des preuves de Polit et Beck (2021), illustrée ci-dessous :

**Figure 2: < Pyramide d'interprétation des preuves >**



Tiré de : Polit et Beck, 2021, p .24

Polit et Beck (2021) affirment qu'il existe plusieurs hiérarchies de preuves, lesquelles classent les niveaux d'évidence en fonction du risque de biais. Ces hiérarchies de données sont représentées sous forme de pyramide (Polit & Beck, 2021). Les revues systématiques se situent au sommet de cette pyramide, correspondant au niveau de preuve le plus élevé (niveau I). En descendant dans la pyramide, le niveau de preuve devient de plus en plus faible. Ainsi, le niveau I représente les revues systématiques portant sur un type spécifique d'étude, telles que les revues systématiques ou les méta-analyses des essais randomisés contrôlés (RCT).

Selon la pyramide des preuves de Polit et Beck (2021), les articles sélectionnés correspondent à différents niveaux de preuve. L'étude quasi-expérimentale se situe au niveau III. Les études quantitatives descriptives et les études mixtes se situent au niveau V et les études qualitatives au niveau VII. Les études quantitatives sont particulièrement pertinentes lorsqu'on s'intéresse aux attitudes d'une population, car elles permettent de recueillir des données objectives et chiffrées sur ces attitudes. Elles permettent tout d'abord une mesure précise des attitudes, en utilisant des échelles ou des questionnaires standardisés, ce qui permet de quantifier de

manière claire et objective les perceptions, opinions ou comportements d'un groupe (Creswell & Creswell, 2018 ; Djamba & Neuman, 2002). Ensuite, ces études permettent l'identification de tendances générales, en mettant en évidence des patterns ou des variations dans les attitudes au sein d'une population, ce qui est essentiel pour comprendre les opinions majoritaires ou les différences entre sous-groupes (Creswell & Creswell, 2018 ; Djamba & Neuman, 2002).

Un autre avantage majeur est la facilité de représentation des données, car les résultats peuvent être présentés sous forme de graphiques, tableaux ou statistiques, facilitant ainsi la compréhension et la communication des conclusions auprès d'un public large (Creswell & Creswell, 2018 ; Djamba & Neuman, 2002). De plus, les résultats issus de ces études peuvent servir de base pour des recherches futures, en fournissant des données initiales qui pourront être approfondies par des études explicatives visant à explorer les causes sous-jacentes des attitudes observées (Creswell & Creswell, 2018 ; Djamba & Neuman, 2002).

En somme, les études quantitatives descriptives offrent une approche rigoureuse et objective pour analyser et comprendre les attitudes d'une population, en permettant de collecter des données mesurables et interprétables.

Le recours à des études qualitatives s'avère également pertinent dans le cadre de cette recherche, car il permet d'explorer en profondeur les dimensions subjectives et relationnelles inhérentes à l'alliance thérapeutique, telles que la confiance, l'empathie ou la communication. Ces méthodes offrent un accès privilégié au vécu des infirmiers, mettant en lumière la manière dont ils adaptent leur posture professionnelle face à la complexité relationnelle des patients atteints de trouble de la personnalité borderline. En valorisant les expériences concrètes du terrain, les recherches qualitatives favorisent une compréhension fine des dynamiques soignant-soigné et constituent ainsi un apport essentiel à la réflexion professionnelle et à l'amélioration des pratiques en santé mentale (Creswell & Creswell, 2018 ; Djamba & Neuman, 2002).

Les articles sélectionnés, publiés entre 2006 et 2023, ont été synthétisés ci-dessous. Nous y mettons en lumière les principaux thèmes ressortant de leurs résultats.

## 7.1. Analyse critique des articles retenus

L'article de Greiner et al., (2023) est une étude quantitative descriptive transversale. Elle a été menée entre 2019 et 2020 à Genève et à Versailles, auprès de 126 professionnels de la santé mentale travaillant en milieu hospitalier ou en ambulatoire, dont 19 infirmiers. L'objectif de l'étude était **d'examiner les connaissances et les représentations** que ces professionnels ont des patients atteints d'un TPB. Les données ont été recueillies au début d'une formation postgrade en psychothérapie sur le TPB, à l'aide de deux questionnaires. Le premier questionnaire évaluait les connaissances cliniques des participants. Les auteurs ont utilisé des statistiques descriptives pour décrire les variables sociodémographiques. Par ailleurs, des régressions linéaires ont été mobilisées afin d'analyser les associations entre le niveau de connaissances et certaines variables d'intérêt. Le second questionnaire explorait les représentations des professionnels vis-à-vis des patients atteints d'un TPB, à l'aide d'une échelle de Likert adaptée de Black et al. (2011). Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### Les connaissances

Les résultats mettent en évidence un manque de connaissances concernant le TPB chez les professionnels de santé mentale. Cette lacune est particulièrement préoccupante chez les infirmiers, qui sont souvent les premiers interlocuteurs des patients. Un manque de compréhension du TPB peut non seulement renforcer des attitudes négatives et stigmatisantes, mais aussi compromettre la qualité de la relation thérapeutique. Les auteurs soulignent ainsi l'importance d'un renforcement des connaissances cliniques, notamment dès la formation initiale. Les auteurs indiquent qu'ils n'ont pas pu établir de liens statistiquement significatifs entre les connaissances des participants et certaines variables. Ces variables incluent l'âge, le genre, la profession, le nombre d'années d'études ou le lieu de travail, en raison d'une puissance statistique insuffisante.

### Les représentations

L'étude met en évidence que certains professionnels de santé mentale perçoivent les patients atteints d'un TPB comme manipulateurs ou difficiles à prendre en soin. Cette perception peut constituer un frein à l'instauration d'une relation thérapeutique. De plus, de nombreux professionnels ne se sentent pas suffisamment compétents pour assurer leur suivi thérapeutique de manière adéquate. Cependant, malgré ces représentations souvent négatives, la majorité des participants expriment une réelle ouverture à la formation, manifestant ainsi une volonté d'améliorer leurs attitudes et leurs pratiques cliniques. Les auteurs soulignent l'importance de proposer des formations spécifiques dès le début du parcours professionnel. Parmi ces formations, on retrouve la Good Psychiatric Management

(GPM) ou la thérapie comportementale dialectique (TCD), qui favorisent le développement d'une relation thérapeutique plus stable, empathique et efficace avec les patients atteints d'un TPB.

**L'article de Campbell et al., (2022)** est une étude quantitative descriptive transversale. Elle a été menée en Australie auprès de 54 infirmiers en santé mentale (ISM) travaillant dans des services d'urgence ambulatoires et hospitaliers. Les objectifs de cette étude sont d'**explorer les connaissances et l'expérience** des ISM concernant la définition des symptômes et des comportements qui indiquent un diagnostic de TPB. Ainsi, elle **identifie les attitudes et les opinions des ISM** travaillant dans les services d'urgence et de crise à l'égard des patients atteints d'un TPB. Enfin, elle **identifie la confiance et le rôle perçu de l'ISM** dans la prise en charge des patients atteints d'un TPB qui se présentent aux urgences.

Les données ont été recueillies à travers un questionnaire comportant 23 questions, rempli en ligne par les 54 infirmiers en santé mentale. L'outil de l'enquête a été développé pour comprendre l'expérience, les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé concernant la prise en soin des personnes ayant reçu un diagnostic de TPB. Les questions utilisées dans l'outil d'enquête identifient les données démographiques, la formation passée, l'expérience antérieure dans la prise en soin d'un patient atteint d'un TPB. Enfin, elle s'intéressait aux attitudes des cliniciens en santé mentale à l'égard des patients atteints d'un TPB et aux connaissances sur le TPB. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **Les connaissances et la formation**

La majorité des répondants considéraient que leur niveau de connaissances et leur confiance étaient suffisants pour identifier, évaluer, poser un diagnostic provisoire et gérer les patients atteints de TPB. Cependant, malgré cette confiance, leur compréhension des critères de diagnostic du DSM-5 n'était pas tout à fait exacte. Par exemple, beaucoup associaient les antécédents de traumatismes comme un critère de diagnostic principal du TPB, alors que ce n'est pas le cas selon le DSM-5. Toutefois, les traumatismes sont couramment présents dans l'histoire des patients atteints d'un TPB. L'article montre que plus les professionnels de la santé mentale sont formés et expérimentés, plus ils développent une attitude positive et confiante. Une meilleure compréhension du trouble renforce la confiance des professionnels, réduit la stigmatisation et favorise une approche plus empathique, ce qui améliore la relation thérapeutique et la qualité des soins.

## L'attitude

Dans la discussion, il est mentionné que certaines recherches antérieures suggéraient une attitude négative des soignants envers les patients atteints d'un TPB. Les résultats de cette étude montrent que les participants ont une attitude plus favorable à l'égard de l'efficacité du traitement et de la guérison. Cela est attribué à leur expérience, leur formation, et leur exposition régulière à ces patients, ce qui leur a permis de développer des stratégies de gestion plus efficaces et une meilleure compréhension du trouble. Cela favorise une attitude plus positive. Par conséquent, cela améliore le maintien de la relation thérapeutique.

**L'article de Romeu-Labayen et al., (2022)** est étude qualitative descriptive transversale menée en Espagne auprès de patients atteints d'un TPB, suivis en ambulatoire. L'objectif de l'étude était de **décrire la manière dont ces patients, ayant connu une amélioration, perçoivent les attitudes des infirmières en santé mentale dans l'établissement d'une relation thérapeutique positive**. Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés, d'une durée de 30 à 55 minutes, réalisés entre janvier 2016 et décembre 2017. Ces entretiens portaient sur des questions en lien avec les objectifs de l'étude, telles que : « Qu'est-ce qui est important dans votre traitement et pourquoi ? », « Comment se déroule votre relation avec votre infirmier ? » et « Que recommanderiez-vous à un infirmier souhaitant se former pour prendre en charge des patients atteints d'un TPB ? ». Des questions de relance ont été posées afin d'encourager les participants à développer leurs réponses. Le chercheur principal a contacté les participants par téléphone et les entretiens se sont déroulés en présentiel. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **La confiance en ses capacités pour récupérer**

L'étude souligne l'importance, pour les participants, de la confiance que les infirmiers accordent à leur capacité de rétablissement. Cette confiance joue un rôle central dans le processus de rétablissement des patients atteints d'un TPB, en les motivant à persévérer malgré les difficultés. Elle favorise des attitudes plus positives et constructives, renforce la relation thérapeutique et instaure un climat propice au changement et à la guérison.

### **L'absence de jugement**

Le deuxième thème mis en avant par les participants comme facilitateur de la relation thérapeutique est l'absence de jugement. La possibilité de « tout dire » en étant écoutés avec bienveillance et sans jugement leur a offert un espace d'expression libre, renforçant leur sentiment d'acceptation. L'infirmier adopte alors une approche réfléchie et thérapeutique,

répondant de manière adaptée et constructive aux propos du patient. Cette posture professionnelle utilise l'écoute comme un outil pour guider, soutenir et favoriser l'évolution positive du patient, plutôt que de rester passif ou neutre. L'absence de jugement confère ainsi à l'attitude des infirmiers davantage d'empathie et de compréhension, réduisant les conflits et améliorant la qualité des échanges. En conséquence, la relation thérapeutique devient plus constructive, sécurisante et favorable au rétablissement du patient.

### **Le sens de l'humour**

Les résultats liés à l'utilisation du sens de l'humour montrent que cette attitude a eu des effets bénéfiques sur les participants. Cette approche relationnelle leur a permis de se sentir protégés, acceptés et sereins. Elle a également favorisé l'expression authentique de leurs émotions. Enfin, elle a contribué à instaurer un sentiment de proximité, de confiance et de tranquillité d'esprit avec l'infirmier. L'humour, utilisé avec bienveillance et discernement, peut jouer un rôle clé dans l'amélioration de la relation thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB. Il favorise un environnement plus détendu, renforce la confiance, améliore la communication et permet une connexion plus humaine et authentique.

### **La disponibilité**

Les participants ont apprécié la disponibilité de l'infirmier, qui était présent pour répondre à leurs besoins. Savoir qu'ils pouvaient compter sur son aide leur a procuré une sensation de sérénité et a renforcé la relation thérapeutique. La disponibilité de l'infirmier crée un environnement de soin où le patient atteint d'un TPB se sent écouté, soutenu et en sécurité. Cette présence constante renforce la confiance, réduit l'anxiété et améliore l'engagement dans le traitement, ce qui impacte positivement la relation thérapeutique. Un infirmier accessible et présent permet ainsi de mieux répondre aux besoins spécifiques des patients atteints d'un TPB, favorisant une meilleure gestion de leurs symptômes et une relation plus constructive.

### **L'humanité**

L'attitude humaine de l'infirmier impacte directement sa perception du patient atteint d'un TPB en la rendant plus empathique et moins stigmatisante. Cela qui améliore la relation thérapeutique. Une approche humaine permet d'instaurer un climat de confiance entre le patient et l'infirmier. Elle favorise également la collaboration dans le cadre du traitement. Par ailleurs, cette attitude contribue à la régulation émotionnelle du patient. Elle aide aussi à prévenir l'épuisement professionnel de l'infirmier. Ainsi, elle crée un cercle vertueux qui bénéficie à la fois au patient et à l'infirmier. Les patients atteints d'un TPB ont déclaré que l'humanité exprimée par leurs infirmiers, ainsi que le sentiment d'être traités comme des personnes et non comme un trouble, ont favorisé une relation thérapeutique positive.

**L'article de Dickens et al., (2019)** est une étude mixte descriptive longitudinale, c'est-à-dire qu'elle est qualitative et quantitative. Elle a été menée auprès du personnel infirmier en santé mentale travaillant en soins aigus et dans un service de soins de jour communautaire. L'objectif de l'étude était **d'évaluer et d'explorer les réponses et les expériences des infirmières en santé mentale concernant une intervention éducative qui vise à améliorer les attitudes envers les patients atteints d'un TPB**. La méthode était constituée d'un questionnaire quantitatif qui évaluait les connaissances acquises. La matinée était consacrée au questionnaire quantitatif et l'après-midi à la partie qualitative. En ce qui concerne la partie qualitative, des groupes de discussion ont été mis en place. L'objectif des discussions était d'explorer les expériences du personnel infirmier envers les patients atteints d'un TPB. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **Les connaissances**

Avant l'intervention, plusieurs participants déclaraient avoir été peu formés pour une prise en soin optimale des patients atteints d'un TPB. Ce manque de formation a eu un impact direct sur leur prise en soins et sur la relation thérapeutique. Une mauvaise compréhension du TPB a entraîné des jugements et une prise en soin inadaptée. L'intervention quantitative, qui était un questionnaire d'évaluation pré et post-intervention, a permis d'améliorer les connaissances du personnel soignant.

### **Les attitudes des soignants**

Les infirmiers en santé mentale ont souvent une attitude négative envers les patients atteints d'un TPB. Avant la formation sur le TPB du matin, certains soignants étaient dubitatifs vis-à-vis de l'approche biosociale du TPB. La prise en soin des patients atteints d'un TPB était considérée comme complexe et chronophage notamment en soins aigus. Ces attitudes nuisaient au maintien d'une alliance thérapeutique. Cependant, la formation sur le TPB a permis à plusieurs participants de nuancer leurs perceptions, notamment en prenant conscience de leurs propres réactions émotionnelles et de la nécessité de maintenir une posture empathique.

### **La formation continue**

La formation continue est nécessaire pour comprendre les besoins des patients atteints d'un TPB et pour améliorer leur prise en soins. Par ailleurs, les infirmiers ont exprimé le besoin de consolider des acquis sur le long terme, car les bénéfices des formations continues s'estompent avec le temps. De plus, la formation doit être adaptée en fonction du contexte et du cadre de soin. Ainsi cela permettra de maintenir l'alliance thérapeutique.

**L'article de Lanfredi et al., (2019)** est une étude quantitative descriptive transversale. Elle a été menée en Italie auprès de 860 professionnels en santé mentale. L'échantillon comprenait des psychiatres, psychologues, infirmiers et des travailleurs sociaux. La majorité d'entre eux exerçaient en milieu ambulatoire. L'objectif de l'étude consistait à **comparer les attitudes des professionnels de santé mentale envers les patients atteints d'un TPB**, en fonction de leur profession, de leur expérience et de leur formation. Les données ont été recueillies à travers deux questionnaires standardisés. Le premier, le BPD-SAS, mesurait les attitudes spécifiques envers les personnes atteintes de TPB. Le second, le MICA-4, évaluait les attitudes générales envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Les questionnaires ont été distribués dans 70 établissements de santé mentale, intra et extrahospitaliers, à travers l'Italie. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **Les attitudes**

Les résultats montrent que les infirmiers et les travailleurs sociaux présentent les attitudes les plus négatives envers les patients atteints d'un TPB, comparés aux psychiatres, psychologues et éducateurs socio-sanitaires. Ces attitudes incluent une perception des patients comme instables émotionnellement, manipulateurs, ou difficiles à soigner. Cela peut altérer la qualité de la relation soignant-soigné et limiter l'alliance thérapeutique. Ces réactions négatives peuvent aussi être alimentées par un sentiment d'impuissance, d'épuisement professionnel, ou par la complexité de la prise en soins. Une relation thérapeutique cohérente et sécurisante devient alors difficile à construire, voire impossible à maintenir sur la durée. À l'inverse, les professionnels ayant eu un contact plus fréquent avec des patients atteints d'un TPB montraient des attitudes plus bienveillantes. Ces attitudes positives favorisent un climat de confiance propice au maintien du lien thérapeutique.

### **La formation complémentaire**

L'étude souligne l'impact positif d'une formation spécifique sur le TPB sur les attitudes des professionnels. Les participants ayant bénéficié d'une formation présentaient des attitudes significativement plus positives. Cette formation permet de mieux comprendre le fonctionnement du trouble, de la prise de conscience de ses propres réactions et de l'adoption une posture professionnelle plus adaptée. L'étude recommande d'élargir l'accès à ces formations, en ciblant particulièrement les professionnels moins expérimentés, comme le personnel infirmier, qui ont rarement bénéficié d'un tel enseignement. Ces recommandations sont directement liées à l'objectif de maintenir une alliance thérapeutique solide et continue. Des dispositifs de supervision, de soutien institutionnel et de réflexion éthique sont également recommandés.

## Les connaissances

Les résultats révèlent que les professionnels ayant peu de connaissances spécifiques sur le TPB, comme les infirmiers et les travailleurs sociaux, manifestent davantage d'attitudes stigmatisantes. Le score des questionnaires MICA-4 et BPD-SAS a permis de confirmer les attitudes négatives des infirmiers. Ce constat suggère un manque de formation initiale et un besoin important d'actualisation des connaissances. En renforçant les savoirs cliniques, il devient alors plus possible d'instaurer une relation thérapeutique plus empathique, stable et durable avec les patients atteints d'un TPB.

**L'article de Keuroghlian et al., (2016)** est une étude quantitative quasi-expérimentale, pré- et post-intervention. Elle a été menée aux Etats-Unis et au Canada. La population étudiée était composée de 279 professionnels en santé mentale, comprenant des psychiatres, psychologues et infirmiers en santé mentale (22,7%). L'objectif de l'étude était triple : **évaluer l'efficacité des ateliers Good Psychiatric Management (GPM)** dans l'amélioration des attitudes des soignants envers les patients atteints d'un TPB ; **analyser si ces changements d'attitude sont influencés par le nombre d'années d'expérience clinique et comparer les changements d'attitudes des ateliers GPM à ceux des ateliers Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)**. Un questionnaire pré et post-formation a été distribué dans quatre centres universitaires lors des ateliers GPM et STEPPS, d'une journée de formation. Quatre auteurs de l'étude (LCK, JGG, PSL, BAP) ont animé ces formations. Les attitudes ont été mesurées à l'aide d'une échelle de Likert et des données sociodémographiques ont été recueillies. Les auteurs ont utilisé des T-test pour comparer les scores avant et après les ateliers. Des corrélations bilatérales ont été utilisées pour analyser le lien entre l'expérience clinique et les changements d'attitude. Ils ont calculé la taille d'effet à l'aide du  $d$  de Cohen. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **L'efficacité des ateliers GPM**

Les ateliers GPM ont permis d'augmenter la croyance des soignants dans l'efficacité des psychothérapies destinées aux patients atteints d'un TPB.

Après la formation, les professionnels de santé rapportaient un sentiment accru de compétence professionnelle. Ils exprimaient également une plus grande confiance dans leur capacité à contribuer positivement à l'amélioration de la qualité de vie de leurs patients. De plus, les ateliers ont réduit les attitudes négatives envers les patients atteints d'un TPB, notamment le désir d'éviter leur prise en soins. Les soignants ont développé davantage

d'espoir, de confiance et de volonté à les accompagner. Ces effets positifs qui favorisent la construction et le maintien d'une relation thérapeutique de qualité.

### **Les attitudes et l'expérience clinique**

Les résultats montrent une association entre les changements d'attitude et l'expérience clinique. Les professionnels ayant moins d'années d'expérience ressentaient une amélioration plus marquée de leur sentiment de compétence après une journée de formation. En revanche, les professionnels plus expérimentés exprimaient un besoin accru de formations complémentaires pour approfondir leurs connaissances dans la gestion du TPB. Ces résultats suggèrent que la formation GPM peut suffire pour soutenir les soignants débutants. À l'inverse, les soignants expérimentés recherchent un approfondissement de leurs compétences.

### **La comparaison entre l'atelier GPM et l'atelier STEPPS**

L'atelier GPM semble mieux soutenir les objectifs à long terme de la prise en soin et de la relation thérapeutique, en mettant l'accent sur l'accompagnement du patient dans son parcours. À l'inverse, l'atelier STEPPS considère davantage le TPB comme une maladie et se focalise principalement sur la réduction des symptômes. Toutefois, les deux types d'ateliers ont favorisé des changements d'attitude positifs et comparables chez les professionnels de santé. Ces évolutions sont susceptibles de renforcer la qualité de la relation thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB. Les auteurs précisent qu'il n'est pas possible de déterminer si les changements d'attitude observés chez les soignants ont un impact concret sur les patients atteints d'un TPB. En effet, l'étude se concentre uniquement sur les perceptions et attitudes des professionnels, sans mesurer directement les effets sur les patients.

**L'article de Stroud et Parsons (2013)** est une étude qualitative descriptive phénoménologique interprétative, menée au Royaume-Uni. Elle a été réalisée auprès de quatre infirmiers en santé mentale travaillant dans une équipe de santé communautaire. L'objectif de cette étude était de **comprendre les connaissances, les attitudes et l'approche des infirmiers face aux patients atteints d'un TPB**. Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-structurés d'environ 50 à 60 minutes, analysés à l'aide de la méthode Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Cette méthode permet d'explorer le vécu subjectif des participants. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

## **Les connaissances**

Les infirmiers qui ne disposaient pas d'un cadre théorique ou d'une formation spécifique sur le TPB montraient une compréhension limitée du trouble. Cette absence de repères conceptuels les amenait parfois à confondre le TPB avec des comportements liés à des intentions négatives provenant du patient. En revanche, le personnel ayant reçu une formation complémentaire disposait d'un cadre explicatif clair et cohérent, lui permettant de mieux comprendre les comportements des patients. Cette compréhension accrue facilitait une posture plus empathique, essentielle au maintien d'une relation thérapeutique stable et authentique. Ainsi, l'acquisition de connaissances solides permet aux soignants de donner du sens au vécu du patient et de soutenir une alliance thérapeutique sur le long terme.

## **Les attitudes**

Les infirmiers ont exprimé des réactions ambivalentes, allant de la frustration et de l'épuisement à la compassion et au désir d'aider. Lorsqu'ils ne parvenaient pas à comprendre les comportements du patient, ils développaient souvent des attitudes négatives et décrivaient le patient atteint d'un TPB comme manipulateur. À l'inverse, lorsqu'un sens était attribué aux comportements, les attitudes devenaient bienveillantes et moins défensives. Ce changement de regard soutient la relation thérapeutique, en permettant d'adopter une posture plus ouverte et connectée au vécu du patient.

## **La formation continue**

L'étude souligne l'importance d'une formation spécifique et d'une supervision régulière. Les infirmiers ayant bénéficié d'un soutien institutionnel et d'un encadrement formel se sentaient plus confiants et mieux équipés pour gérer les situations difficiles. Cette préparation renforçait leur capacité à maintenir une relation thérapeutique cohérente et sécurisante. Cependant, le manque de formation et de supervision favorisait une approche défensive. Celle-ci était marquée par une distance émotionnelle ou une rigidité relationnelle. Les participants ont également évoqué l'impact du contexte de soins, la surcharge de travail, la peur des plaintes et la culture du risque. Ces facteurs peuvent avoir un effet négatif sur la relation thérapeutique.

**L'article de James et Cowman (2007)** est une étude quantitative descriptive transversale menée en Irlande. Elle porte sur 157 infirmiers en milieu hospitalier, incluant en soins aigus, de la réadaptation, les centres de santé, les soins à domicile et ambulatoires. Parmi eux, 65 soignants ont participé à l'étude. L'objectif de l'étude est de mieux **comprendre les connaissances, les expériences et les attitudes de ces infirmiers dans le cadre de la**

**prise en soin de patients atteints d'un TPB.** Les auteurs ont utilisé un questionnaire adapté de Cleary et al., (2002), divisé en cinq sections : (1) données sociodémographiques ; (2) fréquence de contact avec les patients atteints d'un TPB et perceptions des soins prodigués ; (3) connaissances sur le diagnostic, le traitement et le pronostic ; (4) niveau de confiance dans leur pratique et difficulté perçue à travailler avec ces patients ; et (5) rôle perçu et ressources jugées utiles pour améliorer la prise en soins. Un test pilote a été réalisé auprès de 15 infirmiers afin de vérifier la validité de l'instrument et du contenu. Le questionnaire comprenait des échelles de Likert et des questions à choix multiples. Les données ont été codées et analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 11), en recourant à des statistiques descriptives. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **Les attitudes**

Les participants ont globalement démontré une attitude positive envers les patients atteints d'un TPB, bien que certains aient exprimé un malaise vis-à-vis de ce diagnostic. Les soignants estiment que la prise en soins est souvent inadéquate, non pas à cause des patients eux-mêmes, mais en raison du manque de personnel. Ils considèrent qu'ils ont un rôle actif à jouer dans l'évaluation, le traitement et l'éducation des patients. Le fait de reconnaître le TPB comme un trouble mental traitable semble favoriser une attitude plus empathique, enthousiaste et optimiste.

### **Les connaissances**

Les professionnels hospitaliers ont obtenu les scores les plus faibles en matière de connaissances sur le TPB. Ces soignants, souvent plus jeunes et moins expérimentés, perçoivent fréquemment ces patients comme difficiles à prendre en soins. Toutefois, la majorité des participants a exprimé une forte motivation à suivre une formation spécifique si celle-ci était disponible. Les auteurs insistent sur l'importance de proposer une formation ciblée, accompagnée de supervision clinique et de soutien institutionnel, afin de renforcer les attitudes positives, de maintenir la motivation des soignants et d'améliorer la relation thérapeutique avec les patients atteints d'un TPB.

**L'article de Deans, C & Meocevic, E. (2006)** est une étude quantitative descriptive transversale. Elle a été menée en Australie auprès de 65 infirmiers diplômés travaillant dans les unités d'hospitalisation psychiatrique et dans les services communautaires psychiatriques, où les personnes ayant reçu un diagnostic de TPB ont été traitées. L'objectif de cette étude est de **décrire les attitudes des infirmiers psychiatriques à l'égard des personnes diagnostiquées comme souffrant de TPB.** Les données ont été recueillies au travers d'une

enquête qui a été menée à l'aide d'un questionnaire de 50 questions. Cette enquête met en avant les résultats liés à la description clinique, aux réactions émotionnelles, aux préoccupations ainsi qu'aux stratégies de gestion des patients atteints d'un TPB. Les principaux thèmes abordés par les auteurs sont :

### **Les attitudes**

De nombreux soignants ont des perceptions négatives des patients atteints d'un TPB, les voyant souvent comme des manipulateurs, des nuisances ou des personnes exerçant un chantage affectif. Ces perceptions peuvent être alimentées par des réactions émotionnelles négatives, comme la colère et par un manque de compétences pour gérer ces patients de manière appropriée. Ces constats soulignent l'importance de la formation des professionnels de santé afin d'améliorer leur compréhension du TPB et réduire ces attitudes négatives. Une telle démarche favorise une meilleure prise en soin des patients. Ces perceptions négatives sont contre-productives pour l'établissement d'une relation thérapeutique efficace.

### **7.2. Tableau comparatif**

Les neuf articles sélectionnés ont été analysés et les thématiques principales ont été mises en évidence dans ce tableau comparatif (Tableau 4).

**Tableau 4: < Comparatif des thèmes >**

<b>Thème</b>	<b>Greiner et al. (2023)</b>	<b>Campbell, K., Massey, D., et Lakeman, R. (2022)</b>	<b>Romeu-Labayen et al. (2022)</b>	<b>Dickens et al. (2019)</b>	<b>Lanfredi et al. (2019)</b>	<b>Keuroghlian et al. (2016)</b>	<b>Stroud et Parsons (2013)</b>	<b>James et Cowman (2007)</b>	<b>Deans, C., &amp; Meocevic, E. (2006)</b>
L'absence de jugement			x						
<b>L'attitude des soignants</b>		x		x	x	x	x	x	x
La confiance des infirmiers	x		x	x				x	
<b>Les connaissances sur TPB&amp; représentations</b>	x	x		x	x		x	x	
La disponibilité			x					x	
L'expériences	x					x		x	
<b>La formations</b>	x	x		x	x	x	x	x	
L'humanité			x						
Le sens de l'humour			x						

**Tableau 5: < Thèmes sélectionnés pour la discussion >**

Thèmes	Greiner et al. (2023)	Campbell, K., Massey, D., et Lakeman, R. (2022)	Romeu-Labayen et al. (2022)	Dickens et al. (2019)	Lanfredi et al. (2019)	Keuroghlian et al. (2016)	Stroud et Parsons (2013)	James et Cowman (2007)	Deans, C., & Meocevic, E. (2006)
L'attitude des infirmiers auprès des patients atteints d'un TPB		x	x	x	x	x	x	x	x
L'impact des connaissances sur l'attitude infirmier auprès des patients atteints d'un TPB	x	x		x	x		x	x	
Renforcer l'alliance thérapeutique grâce à la formation sur le TPB	x	x	x	x	x	x	x	x	

## 8. DISCUSSION

### 8.1. L'attitude des infirmiers auprès des patients atteints d'un TPB

Le maintien d'une alliance thérapeutique solide entre l'infirmier et un patient atteint d'un TPB repose sur une posture soignante à la fois empathique, soutenante et fondée sur des compétences relationnelles adaptées. Les recherches actuelles soulignent que certaines attitudes professionnelles favorisent la création et la continuité d'un lien thérapeutique sécurisant et bénéfique pour le patient. Elles sont efficaces même dans des contextes de soins complexes.

L'étude qualitative de Romeu et al., (2022) identifie cinq dimensions perçues positivement par les patients atteints d'un TPB. Ces dimensions incluent la confiance de l'infirmier dans leur capacité de rétablissement, l'absence de jugement, l'humour, la disponibilité, ainsi que l'humanité dans la relation de soins. Ces dimensions relationnelles sont décrites comme fondamentales pour instaurer un lien thérapeutique de confiance. Ce lien est une condition indispensable à l'engagement du patient dans les soins. Cette posture positive est également mise en évidence par James et Cowman (2007). Ils constatent que les infirmiers font preuve davantage de bienveillance lorsqu'ils perçoivent le TPB comme un trouble traitable. Cette perception favorise l'établissement d'une relation d'aide et engageante.

Les effets bénéfiques de la formation professionnelle sur les attitudes infirmières sont documentés de manière probante. L'étude de Keuroghlian et al., (2016) démontre que la participation à un atelier basé sur le modèle de Good Psychiatric Management (GPM) améliore significativement les représentations des soignants envers les patients atteints d'un TPB.

Cette formation permet d'augmenter le sentiment de compétence et de diminuer le rejet. Elle renforce également la conviction que le soignant peut avoir un impact positif sur le parcours du patient. Ces transformations favorisent une posture clinique plus confiante. Un tel changement est essentiel au maintien d'une relation thérapeutique stable.

De manière complémentaire, Campbell et al., (2022) et Deans & Meocevic (2006) soulignent l'importance de la connaissance du trouble et de l'expérience clinique dans l'adoption d'attitudes positives. Plus les infirmiers sont formés aux spécificités du TPB, plus ils sont susceptibles d'entrer dans une alliance thérapeutique fondée sur la stabilité, la reconnaissance et l'écoute. L'alliance thérapeutique est une collaboration fondée sur la confiance entre le soignant et le patient, visant à l'atteinte des objectifs de soins (Beaudoin & Nantas, 2021 ; Brennstuhl & Marteau-Chasserieu, 2021). Cette dynamique est également mise en évidence dans les travaux d'Imbeau et al., (2013). Les auteurs montrent que des représentations

positives du trouble, associées à un sentiment d'aisance dans l'interaction, réduisent l'hostilité professionnelle. Ce changement contribue à renforcer la qualité de la prise en soin. Ces résultats sont d'autant plus significatifs qu'ils indiquent des leviers concrets pour le maintien de l'alliance thérapeutique : l'accès à une formation spécifique, la supervision régulière et l'encouragement d'un travail réflexif continu. En effet, certaines études telles que celles de Dickens et al., (2019) reconnaissent que des préjugés peuvent persister malgré la formation théorique. Cependant, les auteurs soulignent l'efficacité des dispositifs pédagogiques plus complets. Ces derniers combinent un apport de connaissances, une réflexion émotionnelle et un accompagnement clinique.

Au-delà de la formation, les conditions d'exercice jouent également un rôle crucial dans la qualité du lien thérapeutique. Lanfredi et al., (2019) et Stroud et Parsons (2013) indiquent que les attitudes négatives des soignants envers les patients atteints d'un TPB ne sont pas toujours intrinsèquement hostiles. Elles sont souvent liées à un sentiment d'impuissance ou à une surcharge émotionnelle. Ainsi, la mise en place de dispositifs institutionnels de soutien, comme la régulation d'équipe, les groupes de parole ou la réduction de la charge de travail, peut favoriser le maintien d'une posture soignante à la fois stable et bienveillante. Par ailleurs, même les professionnels confrontés à des situations relationnelles complexes manifestent une volonté d'évolution positive. L'étude de Bodner et al., (2015) montre que les infirmiers et psychiatres les plus exposés aux patients atteints d'un TPB expriment un intérêt marqué pour des formations complémentaires. Ce constat souligne un engagement actif visant à renforcer leur posture clinique.

Enfin, en synthétisant les apports de ces différentes recherches, il apparaît que le maintien de l'alliance thérapeutique repose sur un équilibre dynamique. Celui-ci implique les compétences relationnelles de l'infirmier, sa compréhension du trouble, son sentiment de compétence, ainsi que les ressources structurelles à sa disposition. Les travaux de Romeu et al., (2022) en décrivent les composantes idéales. De leur côté, des études comme celles de Campbell et al., (2022) et de Keuroghlian et al., (2016) apportent des réponses concrètes et opérationnelles. Ces approches visent à permettre aux infirmiers de s'engager dans une relation thérapeutique fondée sur la continuité, la reconnaissance mutuelle et l'espérance.

L'attitude de l'infirmier joue un rôle central dans la qualité de la relation thérapeutique avec un patient atteint d'un TPB et cette dimension trouve un écho direct dans la théorie des relations interpersonnelles de Hildegard Peplau. Selon cette approche, la relation soignant-soigné se développe à travers quatre phases (orientation, identification, exploitation et résolution). Chaque phase nécessite de la part de l'infirmier une posture d'ouverture, d'écoute et d'empathie. Une attitude bienveillante, dépourvue de jugement, permet de poser les bases

d'une alliance de confiance. Cette alliance est indispensable pour que le patient s'engage dans le processus de soins. À l'inverse, des attitudes négatives ou stigmatisantes peuvent nuire à la qualité de la relation thérapeutique. Elles sont souvent liées à une méconnaissance du trouble ou à une surcharge émotionnelle. Ces attitudes peuvent entraîner une rupture précoce de la relation, empêchant son évolution vers les étapes de collaboration et d'autonomisation décrites par Peplau. Cette perspective théorique souligne que l'attitude de l'infirmier n'est pas seulement une variable contextuelle, mais bien un levier thérapeutique à part entière (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

## **8.2. L'impact des connaissances sur l'attitude de l'infirmier auprès des patients atteints d'un TPB**

La question des connaissances infirmières sur le TPB constitue un enjeu central dans la qualité de la relation de soins. Les représentations, souvent ambivalentes, que les soignants ont des patients atteints d'un TPB influencent directement leurs attitudes et pratiques cliniques. Or, ces représentations reposent en grande partie sur le niveau de connaissances que les infirmiers possèdent à propos de ce trouble. Ces savoirs ne se construisent pas de manière homogène. Ils dépendent notamment de l'expérience professionnelle, de la formation initiale et continue, ainsi que du cadre institutionnel dans lequel les soins sont prodigués.

L'étude de Campbell et al., (2022) met en lumière l'importance de l'expérience professionnelle dans la prise en soin des personnes avec un TPB. Plus les infirmiers sont exposés à ces patients, plus ils développent des connaissances issues de l'expérience. Celles-ci leur permettent de répondre de façon plus adaptée et nuancée aux besoins spécifiques de cette population. Ce constat rejoint les résultats de Lanfredi et al., (2019). Les auteurs mettent en évidence une corrélation positive entre l'attitude soignante et plusieurs facteurs : formation spécifique, expérience professionnelle et le nombre de patients atteints d'un TPB pris en soin. Ces éléments favoriseraient des représentations plus positives. Cette évolution réduisait la stigmatisation et améliorant la qualité des interactions.

Ce lien entre expérience et connaissance est confirmé par l'étude de Giannouli et al., (2009), qui montre que les infirmiers exerçant en hôpital psychiatrique disposent d'un meilleur niveau de compréhension diagnostique et thérapeutique du TPB. La compréhension approfondie du TPB permet aux infirmiers de développer une meilleure conscience de soi. Elle favorise des attitudes positives et facilite la gestion des enjeux liés à la relation thérapeutique (Romeu et al., 2022). Ces connaissances favorisent une implication plus affirmée dans l'évaluation clinique et dans la relation de soins. À l'inverse, les soignants moins exposés au TPB se

montrent plus réservés, voire distants, face à cette population. Cette étude appuie l'idée que les savoirs infirmiers dépendent largement du contexte d'exercice et influencent directement la posture relationnelle.

À l'opposé, un déficit de connaissances sur le TPB peut nourrir des attitudes négatives, comme le soulignent Greiner et al., (2023) et Deans & Meocevic (2006). Leur étude indique que le manque de connaissances ou les idées reçues renforcent les stéréotypes et détériorent la relation thérapeutique. Cela contribue à une forme de rejet institutionnel ou personnel, envers ces patients. Cette méconnaissance peut également entraîner un sentiment d'impuissance, voire d'échec professionnel, chez les infirmiers. L'étude de Aljohani et al., (2022) confirme cette analyse. En mesurant le niveau de connaissances des professionnels de santé sur le TPB, les auteurs établissent un lien significatif entre le score de connaissance, la formation spécialisée et la fréquence d'exposition clinique. Les soignants exprimant un manque de savoir sur le trouble se déclarent également moins aptes à fournir des soins adaptés. Ils expriment un sentiment de frustration ou d'inefficacité. Ces résultats confirment que le déficit de connaissances n'est pas seulement théorique. Il a un impact direct sur la qualité de la relation soignant-soigné et sur le vécu professionnel des infirmiers.

Cette tension est également identifiée par Stroud et Parsons (2013), qui décrivent une attitude infirmière oscillant entre empathie et frustration, selon le niveau de connaissance sur le TPB. L'expérience professionnelle et la formation apparaissent ainsi comme des leviers permettant de réduire cette ambivalence.

James et Cowman (2007) renforcent ce constat. Ils soulignent que les soignants les moins expérimentés, souvent les plus jeunes, sont aussi ceux qui disposent des connaissances les plus faibles sur le TPB. Ces soignants perçoivent ces patients comme particulièrement difficiles à prendre en soin. Leur recherche invite à réfléchir à l'importance de la formation initiale et continue. Ces dispositifs éducatifs contribuent à construire une posture professionnelle susceptible de favoriser des attitudes positives, de maintenir la motivation des soignants et d'améliorer la relation thérapeutique.

De manière complémentaire, l'étude de Warrender (2015) montre l'importance des connaissances dans la prise en soin des patients atteints d'un TPB. Une formation brève, centrée sur la thérapie basée sur la mentalisation (MBT-S), permet d'approfondir la compréhension clinique du trouble et de mieux comprendre les dynamiques relationnelles sous-jacentes. L'acquisition de ces savoirs contribue à réduire les jugements négatifs, à clarifier le sens des comportements perçus comme déstabilisants et renforce la capacité des soignants à répondre de manière plus professionnelle et adaptée. Les connaissances

théoriques apparaissent ainsi comme un levier essentiel pour réduire la stigmatisation et améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique.

Ce rôle fondamental des connaissances dans la qualité de la relation soignant-soigné trouve un écho théorique fort dans le modèle de Hildegard Peplau. Selon elle, l'infirmier en santé mentale n'interagit pas seulement comme un technicien du soin, mais comme une personne ressource, une enseignante et une figure de référence clinique (Peplau, 1991 ; RN, 2014). L'infirmier apporte son expertise professionnelle, qui comprend des connaissances cliniques approfondies sur les troubles mentaux, y compris le TPB, ainsi que sur les dynamiques interpersonnelles. Peplau (1991) insiste sur l'importance de l'éducation et de la supervision pour renforcer cette base de connaissance, considérant qu'un infirmier bien formé est mieux à même de choisir des interventions adaptées, d'ajuster son attitude et de créer un climat relationnel sécurisant. Dans cette optique, les connaissances ne sont pas un simple socle théorique, mais un outil thérapeutique actif. Elles permettent à l'infirmier d'entrer en relation de manière consciente, soutenante et éthique avec les patients atteints d'un TPB (Peplau, 1991 ; RN, 2014). Cette perspective donne tout son sens à l'investissement dans la formation continue et l'accompagnement clinique, conditions nécessaires à une alliance thérapeutique durable et de qualité.

### **8.3. Renforcer l'alliance thérapeutique grâce à la formation sur le TPB**

L'instauration d'une relation thérapeutique positive avec les patients atteints d'un TPB repose sur une combinaison de compétences relationnelles, de soutien institutionnel et de formation continue. L'analyse croisée des travaux de Campbell et al., (2022), Keuroghlian et al., (2016) Romeu-Labayen et al., (2022) et Deans & Meocevic (2006) met en lumière l'impact déterminant des interventions éducatives sur les attitudes infirmières, ainsi que les limites structurelles à une application durable de ces changements.

Les résultats de Keuroghlian et al., (2016) soulignent les effets positifs des formations spécialisées, notamment les ateliers de GPM, qui permettent une transformation significative des croyances et attitudes des soignants. Après avoir suivi ces ateliers, les participants déclarent un regain d'espoir, de confiance et de volonté d'accompagner les patients atteints d'un TPB. La formation leur offre également un cadre théorique structuré pour envisager leur rôle de manière plus active. Elle contribue ainsi à renforcer leur sentiment de compétence et leur engagement relationnel. Ces résultats rejoignent les constats de Campbell et al., (2022), qui soulignent que les soignants disposant de plus hauts niveaux de formation manifestent

des attitudes plus optimistes. La confiance en soi, issue des connaissances acquises, devient ainsi un levier de qualité pour l'alliance thérapeutique.

Selon Greiner et al., (2023), ils suggèrent l'intégration précoce de formations comme le GPM ou la TCD dans le parcours professionnel. Ces formations visent non seulement à renforcer les connaissances, mais également à prévenir les attitudes négatives ou stigmatisantes, souvent liées à un déficit de compréhension du fonctionnement du TPB.

L'étude de Warrender (2015) appuie ces conclusions en démontrant que même une formation brève, telle que la MBT-S, peut significativement améliorer l'empathie des infirmiers. Elle renforce aussi leur capacité à faire face calmement aux situations cliniques complexes (notamment les comportements d'automutilation) et permet de réduire la stigmatisation associée au TPB. Cette formation renforce également leur sentiment d'efficacité professionnelle, favorisant une prise en soin plus humaine et adaptée.

Dans le même sens, la revue intégrative de Klein et al., (2022) confirme l'efficacité des interventions éducatives pour améliorer les attitudes et les pratiques des soignants envers les patients atteints d'un TPB. Sur les neuf études analysées, la majorité rapporte une diminution significative des stéréotypes négatifs et une amélioration des compétences relationnelles après la formation. Ces programmes, souvent de courte durée, ont permis aux professionnels d'adopter une posture plus empathique et centrée sur la personne. Ce constat renforce l'idée qu'une formation ciblée, même brève, peut jouer un rôle clé dans la lutte contre la stigmatisation en milieu de soins.

Cependant, malgré ces bénéfices, l'impact des formations demeure parfois limité sans accompagnement institutionnel solide. Dickens et al., (2019) rappellent que si certaines formations permettent une prise de conscience émotionnelle et une réflexion d'équipe bénéfique, d'autres n'ont aucun effet durable sur la pratique. Ce manque d'impact s'explique par l'absence de suivi, de temps, de ressources, ou par une résistance individuelle au changement. Cette analyse est partagée par James et Cowman (2007), qui insistent sur la nécessité d'un soutien clinique continu, à travers la supervision et la formation régulière, afin de maintenir une attitude bienveillante sur le long terme.

Le besoin d'encadrement est également mis en évidence par Stroud et Parsons (2013). Selon eux, une formation théorique spécifique, accompagnée d'un dispositif de supervision régulier, permettrait de prévenir l'épuisement professionnel et de renforcer l'alliance thérapeutique. Cette alliance, décrite comme centrale dans la qualité de la relation, repose sur la compréhension du trouble et sur un environnement de travail soutenant.

L'étude de Lanfredi et al., (2019) va dans le même sens. Ils précisent que la répétition des prises en soin et l'accumulation d'expérience favorisent des attitudes stables et positives. Dans cette optique, l'étude de Romeu et al., (2022) apporte un éclairage essentiel en se centrant sur la perception des patients. Des éléments tels que l'absence de jugement, la disponibilité et l'humanité perçue chez les infirmiers sont décrites comme fondamentaux pour instaurer une alliance thérapeutique sécurisante et fondée sur la confiance. Ces éléments subjectifs rejoignent les objectifs des dispositifs comme GPM ou STEPPS. Ces programmes visent à sensibiliser les soignants aux besoins émotionnels des patients et à renforcer leurs capacités à y répondre de manière ajustée.

L'étude de Knaak et al., (2015) ainsi que celle de Warrender (2015) montre qu'une formation brève, incluant des apports théoriques sur le TPB, une introduction à la TCD et un témoignage de patient, peut réduire significativement la stigmatisation chez les soignants. Cette formation améliore la compréhension du trouble et diminue les attitudes négatives, même avec un format de seulement trois heures. Ces résultats soulignent l'efficacité d'interventions pédagogiques ciblées pour transformer les représentations et renforcer la qualité de la relation soignant-soigné, en particulier dans les services de première ligne.

Ainsi, un consensus émerge à travers ces différentes études : la formation seule, bien qu'efficace à court terme, ne suffit pas à transformer durablement les attitudes si elle n'est pas soutenue par une structure de supervision et une politique de soutien institutionnel. La formation initiale doit être consolidée par des pratiques réflexives, une reconnaissance des enjeux émotionnels liés au TPB et un travail clinique régulier. La convergence entre les résultats de Dickens et al., (2019), James et Cowman (2007), Lanfredi et al., (2019), Keuroghlian et al., (2016), Knaak et al., (2015), Klein et al., (2022) et Stroud et Parsons (2013) montre que le changement des attitudes passe par trois composantes : des connaissances actualisées, un accompagnement clinique et un contexte organisationnel soutenant.

Ces résultats font écho à la théorie des relations interpersonnelles de Hildegard Peplau, qui place la relation soignant-soigné au centre du processus thérapeutique. Les formations ciblées, telles que le GPM ou la MBT-S, renforcent les compétences relationnelles et le sentiment d'efficacité professionnelle des infirmiers, leur permettant d'adopter une posture plus empathique et adaptée aux besoins spécifiques des patients. Toutefois, comme le souligne Peplau, le développement de cette relation thérapeutique nécessite un environnement structurant, incluant la supervision, le soutien institutionnel et la formation continue. Ces conditions sont essentielles pour permettre au lien de la qualité et à l'alliance thérapeutique de se déployer pleinement dans le temps (Pepin et al., 2024 ; Pepin, 2017 ; RN, 2014).

## 9. CONCLUSION

La qualité de l'alliance thérapeutique entre les infirmiers et les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline repose sur un équilibre délicat entre compétences relationnelles, connaissances cliniques et soutien institutionnel. Des attitudes bienveillantes, basées sur l'empathie, la disponibilité et l'absence de jugement, favorisent l'engagement thérapeutique, mais restent fortement influencées par le niveau de formation, l'expérience et le contexte de soins (Bodner et al., 2015 ; Sheehan et al., 2016). À l'inverse, une méconnaissance du TPB peut provoquer des réactions émotionnelles négatives et des attitudes stigmatisantes. Ces réactions compromettent directement la relation (Sansone & Sansone, 2013). Les auteurs s'accordent sur l'importance de la formation continue et l'accompagnement clinique régulier. Ces dispositifs permettent de renforcer les compétences relationnelles des soignants, de prévenir les attitudes stigmatisantes et de maintenir une alliance thérapeutique stable, condition essentielle pour assurer une prise en soin de qualité (Knuf, 2014 ; Fitaire, 2022 ; Desseilles, 2014).

### 9.1. Apports et limites du travail

#### Apports

Bien que les ressources scientifiques spécifiquement centrées sur la pratique infirmière en lien avec le trouble de la personnalité borderline demeurent limitées, ce travail a permis d'acquérir des connaissances précieuses. Ces dernières contribuent à mieux identifier les stratégies de prise en soin adaptées, susceptibles de soutenir les infirmiers lorsqu'ils sont confrontés aux besoins complexes de cette population.

La combinaison des études incluant des infirmiers travaillant aussi bien en milieu ambulatoire qu'en milieu hospitalier offre une vision élargie de la prise en charge des patients atteints d'un TPB. Ce croisement permet de mieux comprendre l'influence du contexte de travail sur l'attitude des soignants et donc sur leur capacité à maintenir une alliance thérapeutique stable. L'intégration d'une étude mixte (quantitative et qualitative) dans l'analyse (Dickens et al., 2019) constitue un apport essentiel, car elle croise les chiffres avec l'expérience vécue. Cette approche offre une compréhension plus globale des mécanismes relationnels en jeu entre les infirmiers et les patients. Le choix d'inclure une étude genevoise et française (Greiner et al., 2023) est également pertinent. Elle permet d'ancre la problématique dans un contexte culturel et linguistique proche de celui de la Suisse romande, renforçant ainsi la transférabilité des résultats à notre réalité professionnelle.

Enfin, plusieurs études montrent l'efficacité d'approches structurées comme le GPM ou de formations spécifiques pour réduire les attitudes négatives et renforcer les compétences relationnelles des infirmiers (Dickens et al., 2019 ; Keuroghlian et al., 2016). Ces approches contribuent au maintien de l'alliance thérapeutique, en renforçant le sentiment d'efficacité des infirmiers et en réduisant les réactions de rejet ou de frustration.

## **Limites**

Il existe peu d'études récentes qui explorent en profondeur l'alliance thérapeutique entre les infirmiers et les patients atteints d'un TPB. De plus, la majorité des études analysées présentent des échantillons de petite taille, ce qui limite la généralisation des résultats.

Par ailleurs, la majorité des études recensées ont été menées à l'étranger, où les standards de qualité des soins peuvent différer de ceux en vigueur en Suisse. Cette différence limite la transférabilité des résultats à notre système de santé. La plupart des articles abordent la notion de l'alliance thérapeutique de manière indirecte, ce qui constitue une limite de cette revue de littérature. La fiabilité de certains outils de mesure peut également être remise en question, notamment en raison de leur ancienneté ou de l'absence de validation récente. Par ailleurs, la majorité des études se concentrent sur les effets à court terme des formations destinées aux soignants, sans évaluer leur efficacité à long terme, ni leur impact réel clinique.

Enfin, une limite importante réside dans le fait que la majorité des études donnent uniquement la parole aux professionnels de santé, sans intégrer le point de vue des patients. Cette absence restreint la compréhension complète de l'influence de l'attitude infirmière sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

## **9.2. Recommandations**

### **9.2.1. Clinique**

Les résultats issus des neuf études analysées soulignent l'importance d'une amélioration concrète de la pratique clinique infirmière auprès des patients atteints d'un TPB. Un constat central est la persistance d'attitudes négatives parmi de nombreux professionnels de santé, notamment en raison d'un manque de formation spécifique et de soutien institutionnel (Deans & Meocevic, 2006 ; Lanfredi et al., 2021). Ces attitudes, souvent ancrées dans un sentiment d'impuissance ou de frustration, peuvent fragiliser l'alliance thérapeutique, pourtant essentielle dans l'accompagnement des patients atteints d'un TPB (Dickens et al., 2019 ; Stroud & Parsons, 2013).

Afin de soutenir une posture bienveillante, les auteurs recommandent la mise en place de dispositifs cliniques, tels que des espaces de supervision régulière, du mentorat entre pairs, ou encore des groupes de parole. Ces dispositifs permettraient de traiter les réactions émotionnelles complexes et de prévenir l'épuisement professionnel (James & Cowman, 2007 ; Stroud & Parsons, 2013). Le recours à des formations ciblées, comme GPM ou la TCD permettrait également d'outiller les infirmiers dans la gestion des comportements déstabilisants, tout en consolidant leur sentiment de compétence professionnelle (Greiner et al., 2023 ; Keuroghlian et al., 2016). Enfin, certaines qualités relationnelles, identifiées par les patients eux-mêmes doivent être encouragées dans la pratique infirmière. Parmi elle : la confiance en leur capacité de rétablissement, le non-jugement, la disponibilité, l'humour et l'humanité. Ces éléments facilitent directement l'établissement d'un lien thérapeutique sécurisant (Romeu-Labayen et al., 2022).

### **9.2.2. Recherche**

Sur le plan scientifique, plusieurs lacunes apparaissent dans la littérature actuelle. En premier lieu, plusieurs auteurs soulignent le manque d'évaluations approfondies des effets à long terme des formations spécifiques destinées aux soignants, notamment GPM ou STEPPS (Dickens et al., 2019 ; Keuroghlian et al., 2016). Il serait pertinent de mener des recherches rigoureuses. À la fois qualitatives et quantitatives qui portent sur l'impact durable de ces formations sur la qualité de l'alliance thérapeutique, les attitudes infirmières et les résultats cliniques chez les patients.

Par ailleurs, les études montrent que l'attitude des infirmiers est souvent influencée par leur niveau d'expérience, d'exposition clinique et leur environnement de travail (Campbell et al., 2022 ; Lanfredi et al., 2021). Des recherches futures pourraient explorer les mécanismes précis par lesquels ces facteurs modulent les représentations et les pratiques infirmières, afin de mieux cibler les interventions de soutien. Enfin, il serait également souhaitable d'inclure systématiquement le point de vue des patients dans les études sur l'alliance thérapeutique. Leurs avis permettraient de mieux comprendre les comportements ou les postures professionnelles qui favorise leur engagement et leur rétablissement (Romeu-Labayen et al., 2022 ; Stroud & Parsons, 2013).

### **9.2.3. Enseignement**

Les neuf études mettent en évidence l'importance d'intégrer plus systématiquement le TPB dans la formation infirmière. Plusieurs travaux ont montré que les infirmiers plus jeunes ou moins expérimentés avaient non seulement des connaissances limitées sur le TPB, mais aussi des attitudes plus négatives ou plus ambivalentes envers ces patients (Deans & Meocevic,

2006 ; James & Cowman, 2007). L'introduction d'un module obligatoire portant sur le TPB dès la formation initiale permettrait de combler ce déficit. Il permettrait de déconstruire les stéréotypes et de favoriser une posture professionnelle fondée sur la compréhension du trouble, la régulation émotionnelle du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique (Greiner et al., 2023 ; Lanfredi et al., 2021).

Ces formations devraient inclure des contenus théoriques sur les modèles explicatifs du TPB (modèle biosocial, TCD, GPM), des mises en situation cliniques simulées, ainsi que des témoignages de patients partenaires. Ces derniers permettraient de sensibiliser les étudiants à l'expérience vécue de la stigmatisation et de leur souffrance (Dickens et al., 2019 ; Romeu-Labayen et al., 2022). Il serait également pertinent de renforcer les dispositifs de supervision clinique durant les stages et en début de carrière. L'encadrement professionnel constitue un levier essentiel pour développer la réflexivité, soutenir la motivation et prévenir l'évitement relationnel (Keuroghlian et al., 2016 ; Stroud & Parsons, 2013).

Actuellement, le TPB est abordé durant la formation de base en soins infirmiers, mais les effets à long terme de ce module n'ont pas été évalués.

Par ailleurs, après l'obtention du Bachelor en soins infirmiers, diverses formations complémentaires sont proposées en Suisse, spécifiquement en lien avec le trouble de la personnalité borderline. Certaines visent à approfondir la compréhension du TPB et à renforcer les compétences en matière de prise en soin. À titre d'exemple, une formation dispensée dans la région de l'Arc lémanique propose des ateliers destinés à améliorer la qualité de la relation de soins et à mieux saisir les spécificités du trouble de personnalité borderline. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de la santé mentale, y compris les infirmiers (Fitaire, 2022 ; HUG, 2022). D'autres formations, comme proposées par le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), incluent des modules ciblés, par exemple un après-midi de sensibilisation à une approche clinique à la fois pragmatique et généraliste du trouble de la personnalité borderline (CNP, 2025). Ces dispositifs s'adressent à l'ensemble du personnel soignant et paramédical. La participation à ces formations représente une opportunité précieuse pour les infirmiers en santé mentale, de consolider leurs connaissances théoriques tout en développant des compétences spécifiques à la prise en soins de cette population.

## Références

- Aljohani, E. M., Aldawood, B. D., Alnajdi, S. A., Alamri, A. A., & Shuqdar, R. (2022). Mental Health Workers' Knowledge and Attitude Towards Borderline Personality Disorder : A Saudi Multicenter Study. *Cureus*, 14(11), e31938. <https://doi.org/10.7759/cureus.31938>
- Antai-Otong, D. (2003). Treatment considerations for the patient with borderline personality disorder. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 101-109. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(02\)00063-4](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00063-4)
- Beaudoin, M., & Nantas, P. (avec Granger, B. psychiatre). (2021). *Faire face au trouble de la personnalité borderline*. Ellipses.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Bertsch, K., Krauch, M., Stopfer, K., Haeussler, K., Herpertz, S. C., & Gamer, M. (2017). Interpersonal Threat Sensitivity in Borderline Personality Disorder : An Eye-Tracking Study. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 647-670. [https://doi.org/10.1521/pepi\\_2017\\_31\\_273](https://doi.org/10.1521/pepi_2017_31_273)
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bode, K., Vogel, R., Walker, J., & Kröger, C. (2017). Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder : A comparative study based on anonymized claims data. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 18(9), 1125-1135. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0858-2>
- Breneise, R., Schäfer, M., Schomerus, G., Riedel-Heller, S. G., Thiel, C., & Luck-Sikorski, C. (2020). Werden besonders Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-

- Typ durch das psychiatrische Pflegepersonal stigmatisiert? *Psychiatrische Praxis*, 47(1), 35-38. <https://doi.org/10.1055/a-1026-1241>
- Brennstuhl, M.-J. (2021). *Aide-Mémoire : L'alliance thérapeutique en 66 notions*. Dunod Editeur.
- Brennstuhl, M.-J., & Marteau-Chasserieau, F. (2021). *Aide-Mémoire - L'alliance thérapeutique - en 66 notions : En 66 notions*. Dunod.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.025>
- Campbell, K., Massey, D., & Lakeman, R. (2022). Working with People Presenting with Symptoms of Borderline Personality Disorder : The Attitudes, Knowledge and Confidence of Mental Health Nurses in Crisis Response Roles in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 913-922. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2087011>
- Centre Neuchatelois de Psychiatrie. (2025). Troubles de la personnalité borderline. <https://www.cnp.ch/institut-de-formation-et-recherche/centre-de-formation/formation-continue/troubles-de-la-personnalite-borderline/>
- ChatGPT. (2024). *Intelligence Artificielle; ChatGPT*. Correction d'orthographe et reformulation. <https://chatgpt.com>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43-49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

- Desseilles, M. 19- (avec Perroud, N., & Grosjean, B. 19-). (2014). *Manuel du borderline*. Eyrolles.
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder : Systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2613-2623. <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>
- Djamba, Y. K., & Neuman, W. L. (2002). Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches. *Teaching Sociology*, 30(3), 380. <https://doi.org/10.2307/3211488>
- Ducharme, F. infirmière, Kérouac, S. infirmière 19-, & Pepin, J. infirmière 19- (avec Bourbonnais, A.). (2017). *La pensée infirmière* (4e édition). Chenelière éducation.
- Estellon, V. (2017). Etats limites : Une rude tâche pour le clinicien. *Santé mentale*, 219, 46-51.
- FITAIRE, C. (2022a). « Le trouble de la personnalité borderline, répandu mais méconnu » | *Pulsations*. <https://pulsations.hug.ch/article/le-trouble-de-la-personnalite-borderline-repandu-mais-meconnu>
- FITAIRE, C. (2022b, juin 13). *Trouble de la personnalité borderline : Et si vous vous formiez ?* Pulsations. <https://pulsations.hug.ch/article-pro/trouble-de-la-personnalite-borderline-et-si-vous-vous-formiez.html>
- Fok, M. L.-Y., Hayes, R. D., Chang, C.-K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 104-107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001>

- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder : A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 481-487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x>
- Granger, B. psychiatre (avec Karaklic, D.). (2012). *Les borderlines*. O. Jacob.
- Greiner, C., De Nérès, M., Kazakou, E., Eshmawey, M., & Prada, P. (2019). Les difficultés relationnelles avec les patients borderline en cinq questions. *Revue Médicale Suisse*, 15(637), 333-336. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.637.0333>
- Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., De Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2023). *Trouble de la personnalité limite : État des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale—ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700622000999>
- Guelfi, J. D. (2014). Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(8), 667-670. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.007>
- Guelfi, J.-D. P. à l'Université de P. V., Favré, P. praticien hospitalier, American psychiatric association, Crocq, M.-A. psychiatre 19-, & Boehrer, A. É. psychologue clinicien 19-. (2023). *DSM-5-TR™ : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition, texte révisé). Elsevier Masson.
- Gunderson, J. G. (2011). Clinical practice. Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1007358>
- Hazelton, M., Rossiter, R., & Milner, J. (2006). Managing the 'unmanageable' : Training staff in the use of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 120-130. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.120>
- HUG. (2022). *Formation sur le trouble de la personnalité borderline | HUG*. <https://panorama.hug.ch/2022/formation-sur-le-trouble-de-la-personnalite-borderline>

- Imbeau, D., Bouchard Sébastien, Terradas Miguel M., & Villeneuve Evens. (2021). *Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite : Structure factorielle et validation préliminaire—ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448713002370?via%3Dihub>
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>
- JBI, E. D. (2025). *JBI EBP Database | JBI*. <https://jbi.global/jbi-ebp-database>
- Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Mallet Conseil.
- Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 30(4), 567-576. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_206](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_206)
- Klein, P., Fairweather, A. K., & Lawn, S. (2022). The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder : An integrative review. *Systematic Reviews*, 11(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01960-1>
- Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder : Effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>
- Knuf, A. (2014). *BORDERLINE LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ - Pro Mente Sana*. <https://fr.readkong.com/page/borderline-pro-mente-sana-8738305>
- Krol, P. (2010). L'apprentissage du caring chez les étudiantes infirmières au baccalauréat dans un programme de formation par compétences. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 59-72. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0059>

- Lanfredi, M., Elena Ridolfi, M., Occhialini, G., Pedrini, L., Ferrari, C., Lasalvia, A., Gunderson, J. G., Black, D. W., & Rossi, R. (2019). Attitudes of Mental Health Staff Toward Patients With Borderline Personality Disorder : An Italian Cross-Sectional Multisite Study. *Journal of Personality Disorders*, 35(1), 41-56. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_421](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_421)
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- McGrath, B., & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012, 601918. <https://doi.org/10.1155/2012/601918>
- Missionpsychologue. (2024). *missionpsychologue.fr : Comment définir l'attitude en psychologie ?* <https://www.missionpsychologue.fr/actu/68/comment-definir-l-attitude-en-psychologie>
- Morvillers, J.-M., Roy, C., Laouénan, C., & Goulté, N. (2022). Alliance Thérapeutique Entre Les Patients Hospitalisés En Psychiatrie De Secteur Et Les Infirmier(e)s Et Aide-Soignant(e)s : Une Etude Prospective, Observationnelle Et Transversale. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 67(11), 854-863. <https://doi.org/10.1177/07067437221111377>
- Nantas, P., & Beaudoin, M. (avec Granger, B. psychiatre). (2021). *Faire face au trouble de la personnalité borderline*. Ellipses.
- Naudet, M. (2020). *Qu'est-ce que la personnalité ? – Michel Naudet*. <http://www.mnaudet-psy.com/?p=440>
- Neuner-Jehle, S. (2016). La polypharmacie : Une nouvelle épidémie. *Rev Med Suisse*, 518, 942-947.

Observation suisse de la santé. (2024). *Indicateurs—Etat de santé psychique* | Obsan. [https://ind.obsan.admin.ch/fr/topic/1PSY\\_GZU?key=trouble+de+la+personnalit%C3%A9](https://ind.obsan.admin.ch/fr/topic/1PSY_GZU?key=trouble+de+la+personnalit%C3%A9)  
[9](#)

Observatoire suisse de la santé. (2023). *Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire* | Obsan. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire>

Office fédérale de la statistique. (2020, mars 5). *Statistique médicale des hôpitaux—Variables de la statistique médicale. Spécifications valables dès 1.1.2020* | Publication. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/12167418>

Office fédérale de la statistique. (2023a). *Effectif et évolution*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.html>

Office fédérale de la statistique. (2023b). *Santé psychique*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>

Organisation mondiale de la santé. (2024). *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Pepin, J. infirmière 19-, Ducharme, F. infirmière, & Bourbonnais, A. (avec Échaquan, S. 19-). (2024). *La pensée infirmière* (5e édition). Chenelière Éducation.

Pepin, J. (avec Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais, A.). (2017). *La pensée infirmière* (4e édition). Chenelière éducation.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing : A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Pham, E., Aouidad, A., Edan, A., Perroud, N., & Piguet, C. (2021). Diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence : Revue francophone. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(4), 185-189. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.03.001>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.

Promente Sana. (2019). Vous avez cherché borderline. *Pro Mente Sana*.  
<https://www.promentesana.org/search/borderline/>

Psychomédia. (1996). *Lexique (dictionnaire) de psychologie, psychiatrie et santé*.  
Psychomédia. <https://www.psychomedia.qc.ca/lexique>

Psychologie Genève. (2012). *Psychologie Genève : Troubles de la personnalité*.  
[http://psychologie-ge.ch/Psychologie\\_personnalite.html](http://psychologie-ge.ch/Psychologie_personnalite.html)

Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A.-L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 317-322.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>

RN, A. G., BSN. (2014, septembre 2). *Hildegard Peplau : Interpersonal Relations Theory Guide*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>

Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting : Service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 868-877.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12720>

Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giralt Palou, R., & Galbany-Estragués, P. (2022). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship : The perspective of people diagnosed with BPD. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 317-326.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12766>

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39-43.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Stroud, J., & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253. <https://doi.org/10.1002/pmh.1214>
- Treich, L., & Godjo, S. (2016). Des mouvements transférentiels dans les groupes thérapeutiques à médiations expressives : Enjeux, apports et limites. *Cliniques*, 12(2), 64-81. <https://doi.org/10.3917/clini.012.0064>
- Ukwuoma, D. U., Ajulu, K. A., Wang, D., Golovko, S., Marks, J., & Leontieva, L. (2024). Psychiatric providers' attitudes toward patients with borderline personality disorder and possible ways to improve them. *CNS Spectrums*, 29(1), 65-75. <https://doi.org/10.1017/S1092852923006326>
- Van Schie, C. C., Lewis, K., Barr, K. R., Jewell, M., Malcolmson, N., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2024). Borderline personality disorder and stigma : Lived experience perspectives on helpful and hurtful language. *Personality and Mental Health*, 18(3), 216-226. <https://doi.org/10.1002/pmh.1609>
- Watson, J. (avec Waingnier, C., & Caas, L.). (1998). *Le caring : Philosophie et science des soins infirmiers*. Seli Arslan.
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health : A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jpm.12248>

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind : Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental ealth Nursing*, 15(9), 703-709. <https://doi.org/10.1080/13632530802287444>.

Zimmermann Mark; (2023). *Présentation des troubles de la personnalité—Troubles mentaux*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-la-personnalite/présentation-des-troubles-de-la-personnalite>

## Annexe 1 : Tableaux de synthèse des neuf articles

Titre: <i>Borderline personality disorder : State of knowledge and attitudes among french-speaking mental health professionals.</i>					
<a href="https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003">https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003</a>					
Auteurs Année Lieu+ pays	Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites/ Forces	Commentaires/ Recommandations
<p><b>Auteurs :</b> Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., &amp; Prada, P.</p> <p><b>Année :</b> 2023</p> <p>Genève/ Versailles</p>	<p><b>Population :</b> 126 soignants francophone, dont 69 psychiatres et pédopsychiatre ; 19 infirmiers en santé mentale ; 23 psychologues et 14 travailleurs sociaux. Tous ces professionnels sont issus des services de soins hospitaliers et ambulatoires.</p> <p>L'âge moyen des participants est de 37,98 ans. Parmi eux, 27,78% ont déjà reçu une formation dans le passé sur le TPB et 7,73 ans en moyenne ont d'année de formation poste graduée.</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Quantitative descriptive transversale</p> <p><b>Objectif 1 :</b> examiner le niveau de connaissances des soignants prenant en soins des patients atteints d'un TPB</p>	<p><b>Méthode :</b> L'étude se déroule en début d'une formation postgraduée de 4 sessions sur la psychothérapeutiques du TBP entre 2019 et 2020, à Genève et Versailles.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> 1er questionnaire qui comprend 13 questions teste les connaissances avec l'utilisation des statistiques descriptives pour décrire les variables socio-démographiques ; des régressions linéaires sont utilisées pour tester les associations entre les bonnes réponses et les variables d'intérêt. La valeur <math>p &lt; 0,05</math> est considérée comme significative.</p>	<p><b>Objectif 1: Les connaissances</b> 54,19% des participants ont eu des bonnes réponses. Aucun participant n'a eu toutes les bonnes réponse bonne réponse 39,68% ont eu au moins 7 bonnes réponses. Il n'a pas d'association avec l'âge, le genre, le nombre d'années en formation post graduée concernant les réponse positives. Il y a une association positive entre la profession et le nombre de réponse correct (p=0,000), la moyenne des réponses correcte pour les infirmiers est de 5,16. Il y a une association significative entre le lieu de travail (ambulatoire/hospitalier). Les domaines ambulatoires ont eu plus de bonne réponse. Il y a une association légèrement significative auprès des soignants qui ont eu une formation précédente autour du TPB (<math>p = 0,036</math>).</p>	<p><b>Limites :</b> La taille réduite de l'échantillon, car les participants sont francophones (France/Suisse). Le nombre global de participants est relativement faible et ils viennent de différentes professions</p> <p>L'étude ne spécifie pas le nombres de réponse des infirmiers concernant les représentations aux sujets des patients atteints de TPB.</p>	<p>Cette étude met en évidence le manque de connaissances à l'égard des patients atteints TPB, ce qui peut augmenter des attitudes négatives, renforcer la stigmatisation et détériorer la relation thérapeutique.</p> <p>Bien que certains soignants estiment que les patients atteints d'un TPB sont manipulateurs, une grande partie ne se sent pas compétente pour une prise en soins de ces patients. Les professionnels de santé sont ouverts à recevoir des formations afin d'améliorer leur attitude et relation avec les patients atteints d'un TPB.</p>

	<p><b>Objectif 2</b> : Explorer les représentations au sujet du TBP.</p>	<p>Le 2ème questionnaire est composé de 11 questions, il évalue les représentations des soignants à l'égard des patients atteints TPB. L'évaluation des représentations est faite avec l'échelle de Likert, adapté de Black et al. (2011).</p>	<p>Les auteurs indiquent qu'ils n'ont pas pu établir de liens statistiquement significatifs entre les connaissances des participants et certaines variables comme l'âge, le genre, la profession, le nombre d'années d'études ou le lieu de travail, en raison d'une puissance statistique insuffisante.</p> <p><b>Objectif 2: Les représentations</b>  37 % des participants se sentent compétent pour s'occuper des patients atteints de TPB. 20% éviterait la prise en soins, s'ils le pouvaient. 13% n'apprécient pas les patients atteints de TPB. 95% estiment que le TPB ont des symptômes qui entraînent de la détresse chez les patients. 23% estiment qu'ils sont manipulateurs. 59% pensent que les patients ont une faible estime d'eux-mêmes. 56% estiment qu'ils peuvent améliorer positivement la vie des patients et 28% qu'ils ont un mauvais pronostic. 84% estiment que les psychothérapies sont efficaces. 21% estiment bien connaître le TPB et 97% souhaiteraient avoir plus de formation sur la prise en soins de patients atteints de TPB.</p>	<p><b>Forces</b> : Contexte francophone permettant une transposition pertinente au système de soins suisse romand.</p>	<p>Des formations comme la bonne gestion psychiatrique (GPM) ou des méthodes plus spécifiques comme TCD pourraient être proposées en début de parcours professionnel, notamment pour les professionnelles travaillant avec les patients atteints de TPB.</p>
--	--	--	--	--	--

**Titre :** *Working with People Presenting with Symptoms of Borderline Personality Disorder: The Attitudes, Knowledge and Confidence of Mental Health Nurses in Crisis Response Roles in Australia.* <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2087011>

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites/ Forces	Commentaires/ Recommandations
<p><b>Auteurs:</b> Katrina Campbell, Deb Massey, Richard Lakeman</p> <p><b>Année :</b> 2022</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Australie</p>	<p><b>Population :</b> 54 ISM travaillant dans des services d'urgence ambulatoires et hospitaliers.</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Quantitative descriptive transversale</p> <p><b>Objectif 1 :</b> Explorer les connaissances et expériences des ISM concernant la définition des symptômes et des comportements qui indiquent un diagnostic de TPB.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> Identifier les attitudes et les opinions des ISM travaillant dans les services d'urgence et de crise à l'égard des patients atteints d'un TPB.</p> <p><b>Objectif 3 :</b> Identifier la confiance et le rôle perçu des ISM dans la prise en charge des patients atteints d'un TPB qui se présentent aux urgences.</p>	<p><b>Méthode :</b> Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire en ligne composé de 23 questions, visant à explorer l'expérience, les connaissances et les attitudes des professionnels de santé vis-à-vis de la prise en charge des patients atteints d'un TPB. L'invitation à participer à l'enquête anonyme a été diffusée par voie électronique, notamment via les réseaux sociaux (Twitter et Facebook), par courriel, ainsi que par les listes de diffusion des membres de l'Australian College of Mental Health Nurses.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> Il s'agit d'un questionnaire développé par Cleary et al.(2002), adapté et déployée sur la plateforme en ligne QUALTRICS.</p>	<p><b>Objectif 1 :</b> <b>Les connaissances et les expériences</b> Parmi les ISM, 50 % comptaient plus de 15 ans d'expérience, 67 % possédaient un diplôme supérieur au niveau bachelor, et 52 % avaient suivi une formation sur les TPB au cours des deux dernières années. Les critères diagnostiques les plus fréquemment identifiés par les ISM étaient les relations interpersonnelles instables et les antécédents de traumatismes. Seuls deux critères : l'instabilité des relations interpersonnelles et le sentiment chronique de vide ont fait l'objet d'un accord unanime.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> <b>Les attitudes</b> La plupart des ISM ne considéraient pas que les patients atteints d'un TPB étaient dangereux, choisissaient volontairement leur comportement, souffraient d'un trouble auto-induit ou cherchaient</p>	<p><b>Limites :</b> L'échantillon de l'étude est de petite taille (N=54) et le taux de réponses faible.</p> <p>Les répondants pourraient présenter un biais, étant peut-être plus intéressés et motivés par le TPB que la moyenne.</p> <p>L'échantillon ne garantit pas une représentativité fidèle des ISM travaillant en situation d'urgence ou de crise en Australie.</p>	<p>L'évaluation des attitudes des ISM envers les patients atteints d'un TPB est fondamentale, car ils occupent une place centrale dans l'identification, l'évaluation et l'orientation du traitement.</p> <p>Les résultats révèlent des attitudes positives quant à l'efficacité du traitement. Les ISM plus expérimentés et mieux formés manifestent davantage de confiance et de connaissances, ce qui favorise la qualité des soins.</p> <p>Le contact régulier avec un patient atteint d'un TPB, à raison d'une à deux fois par mois, est un résultat notable, car des études antérieures associent une exposition fréquente à des attitudes plus négatives.</p>

		<p>Les questions de l'outil de l'enquête portent sur les données démographiques, la formation passée, l'expérience antérieure dans la prise en charge d'un patient atteint d'un TPB, les attitudes des cliniciens à l'égard des patients atteints d'un TPB et les connaissances sur le TPB.</p>	<p>simplement à attirer l'attention. En revanche, plus de la moitié des ISM se déclaraient soit d'accord, soit neutres concernant le fait que ces patients pouvaient être manipulateurs, et la moitié d'entre eux estimaient que ces patients avaient tendance à diviser le personnel.</p> <p><b>Les opinions</b> La plupart des ISM apprécient travailler avec des patients atteints d'un TPB (81 %) et manifestent de l'empathie à leur égard (85 %). Cependant, 74 % jugent cette tâche modérément difficile. Pour 61 % d'entre eux, cette difficulté est comparable à celle rencontrée avec d'autres troubles mentaux, tandis que 33 % la considèrent comme plus complexe. Seuls 24 % des participants ont déclaré avoir ressenti de la frustration dans ce contexte.</p> <p><b>Objectif 3 :</b> <b>La confiance</b> La majorité des participants se déclaraient confiants et bien informés pour identifier et établir un diagnostic provisoire de TPB.</p> <p><b>Le rôle perçu</b> Les ISM estiment que leur rôle est essentiel dans l'évaluation, le diagnostic, la proposition de prise en soin et l'éducation des patients atteints d'un TPB.</p>	<p>L'outil de mesure peut être jugé dépassé, car il date de 2002.</p> <p>Le recours aux réseaux sociaux pour le recrutement introduit un biais de sélection.</p> <p><b>Forces :</b> Le recours aux réseaux sociaux pour le recrutement visait à optimiser le taux de participation. C'est la première étude qui explore spécifiquement les attitudes, connaissances, confiance et le rôle des ISM dans un contexte d'urgence.</p>	<p>La quasi-totalité des répondants ont reconnu qu'ils avaient un rôle à jouer dans l'identification, l'évaluation, l'élaboration d'un diagnostic provisoire, la prise en charge et l'éducation des patients atteints d'un TPB.</p> <p>Cette étude a montré que les ISM exerçant aux urgences adoptent majoritairement des attitudes positives envers les patients atteints d'un TPB. Cela peut s'expliquer par leur expérience ainsi que par leurs connaissances de base sur le TPB.</p>
--	--	---	---	---	---

**Titre :** *The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship : The perspective of people diagnosed with BPD.*  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12766>

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population  Type d'étude et devis  But de l'étude (avec verbe)	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites / Forces	Commentaires / Recommandations
<p><b>Auteurs :</b> Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giral, Palou, R., &amp; Galbany-Estragués, P.</p> <p><b>Année :</b> 2022</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Baelone, Espagne</p>	<p><b>Population :</b> 12 patients atteints d'un TPB</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Qualitative descriptive transversale</p> <p><b>Objectif :</b> Décrire comment les patients atteints d'un TPB, ayant connu une amélioration, perçoivent les attitudes des infirmières en santé mentale dans l'établissement d'une relation thérapeutique positive.</p>	<p><b>Méthode :</b> Des entretiens semi-structurés, d'une durée de 30 à 55 minutes, ont été menés en face à face entre janvier 2016 et décembre 2017. Leur objectif était d'explorer le point de vue des patients atteints d'un TPB sur les attitudes des infirmières en santé mentale favorisant l'établissement d'une relation thérapeutique positive.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> Guide d'entretien semi-structuré conçu pour une analyse thématique selon Braun et Clarke (2014), réalisé avec l'appui du logiciel Atlas.ti version 7.</p> <p>Les entretiens comportaient une série de questions en lien avec les objectifs de l'étude, telles que : « Qu'est-ce qui est important dans votre traitement et pourquoi ? », « Comment se déroule votre relation avec votre infirmière ? » et « Que conseillerez-vous à une infirmière souhaitant se former à la prise en</p>	<p><b>La confiance en ses capacités pour récupérer :</b> les participants ont manifesté une réaction favorable lorsque l'attitude de l'infirmier les a amenés à croire en leur capacité de changement et de rétablissement. L'infirmier a exprimé sa confiance dans le potentiel de rétablissement des participants et transmis l'idée qu'il était pertinent et bénéfique de poursuivre leurs efforts.</p> <p><b>L'absence de jugement :</b> Les participants ont décrit les infirmiers comme adoptant une attitude non jugeante, leur offrant ainsi la possibilité de s'exprimer librement, y compris au sujet d'expériences difficiles ou socialement stigmatisées. Cette posture a facilité l'expression de leurs pensées ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs processus cognitifs et comportementaux.</p> <p><b>Le sens de l'humour :</b> Les participants ont mis en avant le rôle de l'humour dans le renforcement de l'alliance thérapeutique, en favorisant un</p>	<p><b>Limites :</b> L'échantillon était restreint à 12 femmes, aucun homme n'ayant participé, ce qui limite l'analyse des différences de genre. De plus, l'étude portait uniquement sur des patients ayant rapporté une amélioration, excluant ceux ayant moins positives. Cette absence de perspective comparative restreint la portée des conclusions.</p> <p>La collecte des données par l'auto-évaluation constitue une autre limite, car elle pourrait être enrichie par des observations cliniques et les points de vue des professionnels de santé mentale. Enfin, le nombre limité de participants empêche</p>	<p>Le <b>premier thème</b> souligne l'importance accordée par les infirmières à la capacité de rétablissement des patients. Cette confiance les a encouragés à persévérer, malgré les difficultés du processus.</p> <p>L'absence de jugement constitue le <b>deuxième thème</b> relevé par les participants comme facteur clé de la relation thérapeutique. La possibilité de « tout dire », avec la certitude d'être écoutés sans jugement, leur a permis de s'exprimer librement et de se sentir pleinement acceptés.</p> <p>Le <b>troisième thème</b>, lié à l'usage de l'humour, montre que cette attitude a permis aux participants de se sentir protégés, acceptés et apaisés, tout en favorisant l'expression de leurs émotions. Elle a également contribué à instaurer avec l'infirmière une relation marquée par la proximité, la confiance et la sérénité.</p>

		<p>soin des patients atteints d'un TPB ? ».</p>	<p>sentiment de proximité, d'acceptation et de sécurité. Par leur humour, les infirmiers aidaient les patients à prendre du recul sur leurs émotions, à s'ouvrir à d'autres perspectives et à développer une relation de confiance envers un professionnel perçu comme empathique et authentique.</p> <p><b>La disponibilité</b> : Les participants ont souligné l'attitude rassurante des infirmières, qui leur donnaient la certitude de pouvoir être pris en charge en cas de besoin, leur apportant ainsi une tranquillité d'esprit. Au-delà des visites régulières prévues avec l'équipe de santé mentale référente, les infirmières leur offraient la possibilité de téléphoner ou de se rendre au centre de soins en situation de crise. Lorsqu'une intervention urgente était nécessaire, les participants exprimaient la préférence d'être pris en charge par un membre de l'équipe avec lequel ils entretenaient une relation thérapeutique de confiance.</p> <p><b>L'humanité</b> : Les participants ont mis en avant le caractère profondément humain des soins reçus de la part des infirmières en santé mentale. Ils ont exprimé le sentiment d'avoir été considérés comme des personnes à part entière, et non réduits à leur trouble.</p>	<p>toute généralisation des résultats.</p> <p><b>Forces</b> : Cette recherche constitue un point de départ pertinent pour de futures études à plus grande échelle et dans d'autres contextes. Elle offre une voix aux patients atteints d'un TPB, leur permettant de contribuer à la recherche sur leur propre parcours thérapeutique, ce qui peut également avoir un impact sur soi.</p> <p>Les résultats permettent aux infirmiers de réfléchir à leurs attitudes et à leur influence sur l'alliance thérapeutique. L'étude respecte les critères de crédibilités, fiabilité, assurant ainsi une rigueur méthodologique adaptée à la recherche qualitative.</p>	<p>Le <b>quatrième thème</b> concerne la disponibilité des infirmières à répondre aux besoins des patients. La certitude de pouvoir obtenir de l'aide leur a apporté une tranquillité d'esprit et renforcé la relation thérapeutique.</p> <p>Enfin, le <b>cinquième thème</b>, l'humanité, met en évidence que les participants ont perçu le fait d'être considérés comme des personnes à part entière, et non réduits à leur trouble, comme un élément clé d'une relation thérapeutique positive. L'attitude humaine et bienveillante des infirmières a fortement favorisé cette dynamique.</p>
--	--	---	---	---	--

**Titre :** *Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder.* <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>

<b>Auteurs- Année Lieu+ pays</b>	<b>Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)</b>	<b>Méthode / Instruments de mesure</b>	<b>Résultats principaux :</b>	<b>Limites/ Forces</b>	<b>Commentaires/ Recommandations</b>
<p><b>Auteurs :</b> Geoffrey L. Dickens, Emma Lamont, Jo Mullen, Nadine MacArthur, Fiona J. Stirling</p> <p><b>Année :</b> 2019</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Dundee, Ecosse</p>	<p><b>Population :</b> 28 infirmiers en soins aigus et dans service de soins de jour communautaire</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Mixte descriptive et longitudinale</p> <p><b>Objectif :</b> D'évaluer et d'explorer les réponses et les expériences des infirmières en santé mentale concernant une intervention éducative qui vise à améliorer les attitudes envers les patients atteints d'un TPB.</p>	<p><b>Méthode :</b> Formation d'une journée, contenant deux parties distinctes. La matinée se concentrait sur l'épidémiologie et l'étiologie du TPB avec une approche sociale. La partie de l'après-midi consistait à favoriser l'empathie et la compréhension des infirmiers envers les patients atteints d'un TPB via un témoignage d'une personne ayant reçu ce diagnostic.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> -Evaluation quantitative : Questionnaire, validé, BPD-CIA et BPD-EAI en T0, T1 et T2 -Evaluation qualitative : Groupe de discussion semi-dirigés</p>	<p><b>Résultats du questionnaire</b> Des changements positifs ont été observés en T1, notamment sur les attitudes cognitives, l'efficacité du traitement et sur les tendances suicidaires des personnes atteintes de TPB. En T2, c'est à dire 4 mois après la formation, le questionnaire démontre que les attitudes cognitives des infirmiers se sont restées les mêmes qu'à la fin du T1 vis-à-vis des personnes atteintes de TPB. Cependant, les jugements négatifs se sont péjorés. Enfin, les perceptions concernant la difficulté à prendre en soins les patients atteints d'un TPB n'ont pas varié entre T1 et T2.</p> <p><b>Groupe de Discussion</b> <b>Thèmes abordés</b> <b>1 : Evaluation de la formation.</b> La matinée théorique a satisfait certains participants, d'autres l'ont jugé inadapté à leur niveau ou</p>	<p><b>Limites :</b> L'échantillon est petit (N=28). Les résultats quantitatifs en T2, peuvent être influencés par l'intervention qualitative.</p> <p><b>Forces :</b> L'intervention qualitative a été animée par une personne atteinte de TPB, qui a écrit un livre et ainsi produit des sources pour prendre en soins les personnes avec le même diagnostic. L'approche mixte permet d'explorer le</p>	<p>L'étude souligne la complexité des attitudes infirmières envers les patients atteints de TPB. L'approche mixte, a pu démontrer une persistance de certains préjugés. Ce constat permet de mettre en lumière la difficulté que le personnel peut avoir à maintenir la relation thérapeutique. La relation thérapeutique peut être aussi fragilisée selon le cadre de soins, notamment par le manque de temps en soins aigus. Enfin, la formation a permis aux participants d'introspecter leurs propres émotions et à réfléchir sur les réactions</p>

			<p>contradictoires aux pratiques habituelles. La partie de l'après-midi, a satisfait la grande majorité des participants et a été perçue comme réaliste et a apporté un nouveau regard sur le TPB.</p> <p><b>2 : La prise en soins des patients atteints de TPB en hospitalier et en ambulatoire.</b> Le cadre de soins influence l'application des connaissances acquises lors de la formation. Ainsi, le personnel infirmier en hôpital de jour est plus propice à appliquer et intégrer les outils acquis lors de la formation. En soins aigüe, la charge de travail et le manque de temps ont fait que le personnel a jugé les acquis de la formation comme pas assez réaliste par rapport à la réalité du terrain.</p> <p><b>3 : L'impact de la formation</b> sur le long terme a été jugé mitigé. Certains participants ont développé une meilleure compréhension émotionnelle et ont apprécié l'occasion de réfléchir en équipe. D'autres n'ont constaté aucun changement durable dans leur pratique, en raison d'un manque de suivi, de résistances individuelles et de contraintes structurelles comme le manque de temps et de ressources.</p>	<p>thème des attitudes infirmière sous tous ses aspects, tant qualitatif que quantitatif.</p>	<p>des personnes atteint de TPB.</p>
--	--	--	--	---	--------------------------------------

**Titre:** Attitudes of Mental Health Staff Toward Patients With Borderline Personality Disorder: An Italian Cross-Sectional Multisite Study.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.421>

<b>Auteurs- Année Lieu+ pays</b>	<b>Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)</b>	<b>Méthode / Instruments de mesure</b>	<b>Résultats principaux :</b>	<b>Limites/ Forces</b>	<b>Commentaires/ Recommandations</b>
<p><b>Auteurs:</b> Mariangela Lanfredi, Maria Elena Ridolfi, Giorgia Occhialini, Laura Pedrini, Clarissa Ferrari, Antonio Lasalvia, John G. Gunderson, Donald W. Black, Roberta Rossi</p> <p><b>Année :</b> 2019</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Brescia, Italie</p>	<p><b>Population :</b> 860 professionnels de santé, ce qui inclue les psychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs en santé sociale. L'étude a été effectuée dans différents cadres de soins comme les unités psychiatriques générales, centre de santé mentale communautaires et centres de jour.</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Quantitative descriptive</p> <p><b>Objectif :</b> Comparer les attitudes des professionnels de santé mentale envers les patients atteints du TPB, en fonction de leur profession, de leur expérience et de leur formation</p>	<p><b>Méthode :</b> Questionnaire auprès de 70 établissements de santé publique sur différentes zones géographiques. Les participants se sont montrés volontaires. Les critères d'inclusions étaient d'avoir au minimum un an d'expérience professionnelle en santé mentale et de travailler dans un service de santé mentale.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> BPD-SAS est un questionnaire évalué sur une échelle de Likert en 7 points. Elle mesurait les attitudes des professionnels de santé envers les personnes atteintes du TPB. MICA-4 est un questionnaire évalué sur une échelle de Likert en 6 points. Elle déterminait les attitudes générales envers les personnes avec maladie mentale.</p>	<p><b>Résultats du questionnaire</b> Le score BPD-SAS du personnel infirmier était le plus bas, ainsi que celui des travailleurs sociaux. Cela signifie que, comparés aux psychiatres et aux psychologues, les infirmiers manifestent des attitudes plus négatives envers les personnes atteintes de TPB. Ces attitudes peuvent potentiellement compromettre la qualité de la relation soignant-soigné et fragiliser l'alliance thérapeutique. Cependant, les infirmiers ayant suivi une formation spécifique sur le TPB ont montré des attitudes significativement plus positives. De plus, le fait d'avoir pris en charge un plus grand nombre de patients TPB au cours de l'année précédente était aussi associé à des attitudes plus bienveillantes. En ce qui concerne, l'échelle MICA-4 a pu démontrer que les attitudes négatives à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales</p>	<p><b>Limites :</b> Les participants étaient volontaires, ce qui est une limite. Ainsi, les participants qui pouvaient avoir des attitudes favorables étaient plus enclins à participer que ceux qui n'en avaient pas.</p> <p><b>Forces :</b> L'important nombre de participants avec une géolocalisation diverse est une force de cette étude.</p>	<p>Les infirmiers ont des attitudes plus négatives envers les patients atteints de TPB, ces attitudes incluent une stigmatisation en raison de l'instabilité émotionnelle, des comportements et des crises intenses des personnes atteintes de TPB. Cela peut générer des réactions émotionnelles fortes chez les soignants. Une formation complémentaire et la prise en soins d'un grand nombre de patient améliore les attitudes du personnel soignant envers les personnes atteintes de TPB. Les attitudes négatives peuvent provenir d'un sentiment d'impuissance, d'épuisement ou par un manque de soutien face à la complexité de la prise en soin. Les résultats montrent aussi des facteurs pouvant améliorer l'attitude infirmière telle que la</p>

			étaient plus marquées chez le personnel infirmier.		formation spécifique sur le TPB, le nombre de patients pris en soin et une expérience professionnelle est associés à des attitudes plus positives. Un accompagnement institutionnel, à travers des formations continues, des espaces de supervision et de réflexion éthique, afin d'aider les infirmières à adopter une posture bienveillante, stable et réflexive est préconisé par l'étude.
--	--	--	--	--	---

**Titre :** *The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder.*

<https://doi.org/10.1521/pepi.2015.29.206>

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites/ Forces	Commentaires/ Recommandations
<p><b>Auteurs :</b> Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., &amp; Gunderson, J. G.</p> <p><b>Année :</b> 2016</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> USA et Canada</p>	<p><b>Population :</b> 297 soignants de diverses professions dont des psychiatre, psychologue, conseiller en santé, médecin et infirmiers (22,7%), des milieux hospitaliers et ambulatoires. Ils ont en moyenne 17 ans d'expérience clinique.</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Quantitative pré-post intervention quasi-expérimentale</p> <p><b>Objectif 1 :</b> Evaluer l'efficacité des ateliers de bonne gestion psychiatrique (GPM) à améliorer les attitudes des soignants à l'égard des TPB.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> Evaluer si les changements d'attitude sont un lien avec les années d'expérience clinique.</p>	<p><b>Méthode :</b> Les auteurs ont utilisé un questionnaire avant et après les ateliers de formation GPM, d'une journée. Dans quatre centres médicaux universitaires (USA et Canada).</p> <p>Quatre auteurs étaient des instructeurs lors des ateliers (LCK, JGG, PSL, BAP).</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> Ils ont utilisé l'échelle de Likert, et ils ont recueilli des informations socio-démographiques. Les auteurs ont utilisé des T-test pour comparer les scores avant et après la formation. Pour comparer les scores liés aux nombres d'années d'expérience, de changement d'attitude et des corrélations bilatérales ont été employé.</p>	<p><b>Objectif 1 L'efficacité des ateliers GPM :</b> les auteures ont déclaré qu'il y a eu un changement d'attitude statistiquement significatif après la formation GPM envers les patients atteints de TPB. Une tendance non significative a été observée chez les soignants, suggérant une légère diminution de la croyance selon laquelle le TPB est une maladie associée à des symptômes pénibles.</p> <p><b>Objectif 2 Les attitudes et l'expérience clinique :</b> L'étude montre que les soignants ayant moins d'années d'expérience déclarent un sentiment accru de compétence professionnelle dans la prise en charge des patients atteints d'un TPB. À l'inverse, les soignants disposant de davantage d'expérience clinique expriment un désir plus important de formation continue dans ce domaine.</p>	<p><b>Limites :</b> La sélection des participants pourrait avoir introduit un biais, dans la mesure où les professionnels ayant choisi de participer à l'étude étaient peut-être déjà porteurs d'attitudes et de croyances plus favorables envers les patients atteints de TPB.</p> <p>Les auteurs précisent qu'il n'est pas possible de déterminer si les changements d'attitude observés chez les soignants ont un impact concret sur les patients atteints d'un TPB, car l'étude se concentre</p>	<p>Les ateliers GPM ont renforcé chez les soignants la croyance en l'efficacité de certaines psychothérapies, accru leur sentiment de compétence et leur conviction de pouvoir améliorer la qualité de vie des patients. Ils ont aussi réduit les idées négatives et l'évitement liés au TPB, favorisant des attitudes plus positives : plus d'espoir, de confiance et de volonté d'aider, améliorant l'alliance thérapeutique.</p> <p>Les auteurs ont constaté qu'un lien existe entre les attitudes et les années d'expérience clinique. Moins les soignants ont d'expérience, plus ils ont un sentiment augmenté de compétences professionnelles pour la prise en soins des patients atteints d'un TPB. Plus les soignants ont de</p>

	<p><b>Objectif 3</b> : Comparer les changements d'attitudes des ateliers GPM à ceux des ateliers Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)</p>	<p>Pour calculer la taille d'effet des variables à partir des T-test, les auteurs ont utilisé le d. de Cohen.</p>	<p><b>Objectif 3 La comparaison entre l'atelier GPM et l'atelier STEPPS</b> : Selon les auteurs, aucune différence significative n'a été observée dans les changements de scores entre les ateliers GPM et STEPPS. Toutefois, à l'issue de l'atelier GPM, les soignants se sont montrés davantage convaincus de leur capacité à avoir un impact positif sur la vie des patients. En revanche, après l'atelier STEPPS, les soignants étaient plus enclins à considérer le TPB comme une maladie provoquant des symptômes pénibles.</p>	<p>uniquement sur les perceptions et attitudes des professionnels, sans mesurer directement les effets sur les patients.</p> <p><b>Forces</b> : Pertinence de l'approche GPM comme outil de formation efficace pour améliorer les attitudes des soignants envers les patients atteints d'un TPB.</p>	<p>l'expérience clinique, plus ils sont désireux d'obtenir plus de formation dans le traitement et la gestion des patients. Alors que les soignants moins expérimentés, une journée de formation leur est suffisante pour la prise en soins des patients.</p> <p>L'atelier GPM apporte un soutien de manière plus claire aux objectifs à long terme concernant la prise en soins et la relation thérapeutique. La formation STEPPS, de son côté, repose sur l'idée que le TPB est une maladie et se concentre principalement sur l'atténuation des symptômes. Les ateliers GPM et STEPPS ont favorisé des changements comparables d'attitudes positives et de croyances chez les soignants, qui sont susceptibles d'améliorer la relation thérapeutique.</p> <p>Les auteurs suggèrent que les recherches futures devraient utiliser un instrument d'enquête dont les items sont plus directement et spécifiquement dérivés du modèle GPM, le but étant d'évaluer de manière plus précise son efficacité</p>
--	---	---	---	--	---

Titre : Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. <a href="https://doi.org/10.1002/pmh.1214">https://doi.org/10.1002/pmh.1214</a>					
Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)	Méthode/ Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites/ Forces	Commentaires/ Recommandations
<b>Auteurs</b> : James Stroud et Rachel Parsons <b>Année</b> : 2013 <b>Lieu + pays</b> : Université de Cardiff, Royaume-Uni	<b>Population</b> : 4 Infirmières psychiatriques travaillant au sein d'une équipe de santé mentale communautaire <b>Type d'étude et devis</b> : Qualitative descriptive <b>Objectif</b> : Le but de l'étude était de comprendre les connaissances, les attitudes et l'approche des infirmiers psychiatriques communautaires envers les patients atteints d'un TPB.	<b>Méthode</b> : Entretiens semi-structurés de 50-60 minutes. Les participants devaient avoir de l'expérience sur la prise en soins des patients atteint d'un TPB et devaient être des infirmiers en santé mentale. <b>Instruments de mesure</b> : L'analyse a été effectué avec l'Interprétative Phenomenological Analysis (IPA), elle consiste à comprendre comment les participants donnent un sens à leur expérience. Les entrevues ont été retranscrites et relues plusieurs fois par les chercheurs afin de mieux comprendre les récits des participants.	<b>Les connaissances sur le TPB</b> Les participants qui avaient reçu une formation spécifique montraient une meilleure compréhension du TPB, contrairement à ceux qui n'en avaient pas reçu, leur connaissance étaient limité. <b>Les attitudes envers les patients atteints d'un TPB</b> Les infirmiers ont souligné que la complexité de prise en soin provoque une appréhension vis-à-vis des patients atteints d'un TPB et leur prise en soin. L'absence de cadre de soins entraînait des attitudes négatives envers le patient, cependant un meilleur niveau de compréhension favorisait l'empathie. <b>L'interaction avec les patients</b> Les soignants déconnectés des patients instaurent des limites rigides. A l'inverse les soignants connectés au patient, s'impliquent de façon humaine et émotionnelle. Ainsi les soignants	<b>Limites</b> : L'échantillon est minimale ce qui représente une limite. <b>Forces</b> : Elle met en lumière des aspects souvent négligés comme l'impact du contexte de travail et la fluctuation des attitudes momentanée. Le fait d'avoir inclus des infirmiers avec différents niveaux d'expérience renforce la richesse des données.	L'étude montre que les patients atteints de TPB sont perçus comme complexes, exigeants et parfois déstabilisants pour les infirmiers. L'attitude infirmière est partagée, elle oscille entre empathie et frustration selon le niveau de connaissance sur le TPB. L'étude suggère une formation théorique spécifique pour le personnel en santé mentale afin qu'il adopte une attitude positive et moins jugeante. De plus, une supervision clinique continue préviendrait l'épuisement du personnel infirmier. Enfin, le maintien thérapeutique repose sur la capacité de l'infirmière à établir une relation dite connectée. La connexion est facilitée par une bonne compréhension du TPB, une supervision adéquate et un contexte de travail soutenant.

			<p>interprètent les comportements du patient comme une attitude temporaire.</p> <p><b>Le contexte de service</b> Les participants ont souligné l'importance d'une formation spécifique et d'une supervision régulière. Le manque de supervision formelle, les charges de travail élevées, la peur de la plainte et la culture du risque affectaient négativement la pratique infirmière.</p>		
--	--	--	--	--	--

**Titre :** Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. [https://doi.org/10.1111/j.1365-](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x)

[2850.2007.01157.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x)

<b>Auteurs- Année Lieu+ pays</b>	<b>Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)</b>	<b>Méthode/ Instruments de mesure</b>	<b>Résultats principaux :</b>	<b>Limites/ Forces</b>	<b>Commentaires/ Recommandations</b>
<p><b>Auteurs :</b> James, P. D., &amp; Cowman, S.</p> <p><b>Année :</b> 2007</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Irlande (Dublin)</p>	<p><b>Population :</b> 157 Infirmières en psychiatrie en milieu hospitalier en soins aigüe, de réadaptation, centre de santé, soins à domicile et ambulatoires. Parmi elles, 65 ont effectivement participé à l'étude en répondant au questionnaire. Dans le secteur hospitalier 32% des professionnels disposent de moins de cinq années de qualification et 75% exercent en tant qu'infirmier chefs. En ambulatoire, 15% des professionnels ont moins de cinq ans de qualifications et 37% occupent un poste d'infirmier chef.</p> <p><b>Type d'étude :</b> Quantitative descriptive</p> <p><b>Objectif 1 :</b> développer une compréhension des connaissances et de l'expérience.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> décrire les attitudes des infirmières en psychiatrie qui</p>	<p><b>Méthode :</b> les auteurs ont utilisé un questionnaire adapté de Cleary et al 2002. Le questionnaire est devisé en 5 sections.</p> <p><b>1ère section :</b> socio-démographique</p> <p><b>2ème section :</b> fréquence de contact avec les patients atteints d'un TBP ; leur avis sur les soins prodigue.</p> <p><b>3ème section :</b> connaissance diagnostique, traitement et pronostic</p> <p><b>4ème section :</b> leur confiance dans leur travail et la difficulté à travailler avec ces patients</p> <p><b>5ème section :</b> leur rôle et les ressources utiles pour améliorer la prise en soins des patients</p> <p>Ils ont pratiqué un test pilot pour vérifier la validité de l'instrument et du contenu auprès de 15 infirmières.</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> Ils ont utilisé des échelles de Likert et des réponses à choix multiples.</p>	<p><b>Objectif 1 :</b></p> <p><b>Socio-démographique :</b> Dans le domaine hospitalier, 32% ont moins de cinq ans de qualification et 72% sont des infirmiers chefs. Dans le milieu ambulatoire, 15% ont moins de cinq ans de qualification et 37% sont des infirmiers chefs.</p> <p><b>Connaissance :</b> Le personnel ambulatoire a eu plus de réponse correcte concernant les connaissances que ceux issus du milieu hospitalier (6,6/10 contre 5,6/10). Dans l'ensemble, la majorité ont su identifier deux critères du DSM-IV l'instabilité et l'impulsivité. 20% n'y sont pas parvenu. 78% des infirmières ont reconnu qu'une psychothérapie à court terme peut être utile pour les patients atteints d'un TPB.</p>	<p><b>Limites :</b> La taille réduite de l'échantillon, combinée au fait que l'ensemble des participants provenait d'un seul service psychiatrique, limite la portée des résultats. Ces derniers sont difficilement généralisables à d'autres services ou contextes cliniques.</p> <p>L'utilisation d'une seule méthodologie pour collecter les données limite la portée et la richesse des résultats. Une approche qualitative complémentaire aurait permis d'approfondir les analyses et de faire émerger des</p>	<p><b>Attitudes :</b> Les participants ont globalement démontré une attitude positive envers les patients atteints d'un TPB, bien que certains aient exprimé un malaise vis-à-vis de ce diagnostic. Les soignants estiment que la prise en soins est souvent inadéquate, non pas à cause des patients eux-mêmes, mais en raison du manque de personnel. Ils considèrent avoir un rôle actif à jouer dans l'évaluation, le traitement et l'éducation des patients. Le fait de reconnaître le TPB comme un trouble mental traitable semble favoriser une attitude plus empathique, enthousiaste et optimiste.</p> <p><b>Connaissances :</b> Les professionnels hospitaliers, ont obtenu les scores les plus</p>

	prennent en soins les patients atteints d'un TPB	Les données ont été codé et analyser par le logiciel SPSS version 11 et produit à l'aide de statistique descriptive.	<p><b>Expérience et confiance du personnel :</b> 25 % du personnel hospitalier prennent en soin quotidiennement des patients atteints d'un TPB, tandis que 50 % du personnel ambulatoire le font de manière hebdomadaire. 75% estiment que ce sont des patients difficiles à prendre en soin. 75% se sentent confiant et compétents pour la prise en soin de ces patients.</p> <p><b>Objectif 2 :</b> <b>Attitudes du personnel</b> 81% des soignants pensent que les soins sont inadéquats pour les patients atteints d'un TPB et que la pénurie du personnel est une facteur qui augmente la mauvaise prise en soin. Avoir un service dédié aux TPB peut améliorer la prise en soins. Le personnel estime qu'ils ont un rôle à jouer dans l'évaluation (79,4%), la prise en soins (87,3%) ; dans l'éducation (79,4%); dans la gestion (87,3%) et dans l'environnement (83,9%) du patient. 90% des soignants indiquent leur participation à une formation complémentaire si elle était disponible.</p>	<p>informations supplémentaires, notamment sur les expériences vécues et les perceptions des soignants.</p> <p><b>Forces :</b> Volonté des infirmiers en psychiatrie de s'impliquer dans la prise en soin des patients atteints d'un TPB, avec reconnaissance de l'impact positif des soins adaptés sur l'évolution clinique.</p>	<p>faibles en matière de connaissances. Ces soignants sont généralement plus jeunes et moins expérimentés. Ils perçoivent souvent ces patients comme difficiles à prendre en soins.</p> <p>Toutefois, la majorité des participants ont exprimé leur volonté de participer à une formation si celle-ci était proposée. Les auteurs soulignent l'importance d'une formation spécifique, d'un soutien continu et d'une supervision clinique, qui pourraient renforcer les attitudes positives, maintenir la motivation des soignants, et améliorer l'alliance thérapeutique.</p>
--	--	--	---	---	---

**Titre :** Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder.

<https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude et devis But de l'étude (avec verbe)	Méthode/ Instruments de mesure	Résultats principaux :	Limites/ Forces	Commentaires/ Recommandations
<p><b>Auteurs :</b> Cecil Deans et Elizabeth Meocevic</p> <p><b>Année :</b> 2006</p> <p><b>Lieu+ pays :</b> Melbourne, Australie</p>	<p><b>Population :</b> 65 infirmiers diplômés employés dans les unités d'hospitalisation et dans les services communautaires psychiatriques.</p> <p><b>Type d'étude et devis :</b> Quantitative descriptive transversale</p> <p><b>Objectif :</b> L'objectif de cette étude est de décrire les attitudes des infirmiers psychiatriques à l'égard des patients atteints d'un TPB.</p>	<p><b>Méthode :</b> Une enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de 50 items, conçu par Little (1999). Le questionnaire comporte quatre sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Description clinique</li> <li>•Réactions émotionnelles</li> <li>•Préoccupations</li> <li>•Gestion</li> </ul> <p>Le questionnaire, accompagné de la lettre d'information et d'une enveloppe de retour prépayée, a été envoyé à 108 infirmières psychiatriques diplômées exerçant dans des unités de soins psychiatriques aigus et dans des structures communautaires à Melbourne (Australie).</p> <p><b>Instruments de mesure :</b> Chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points allant de "tout à fait d'accord" à "pas du tout d'accord".</p>	<p><b>Réactions émotionnelles lors de la prise en charge d'un patient atteint d'un TPB :</b> Le tableau 1 indique qu'une partie des répondants manifeste des réactions émotionnelles systématiquement négatives envers les patients atteints d'un TPB. La perception la plus fréquente est celle de patients manipulateurs (89 %). Plus d'un tiers des répondants les considèrent comme des nuisances (38 %), et plus de la moitié estiment qu'ils exercent un chantage affectif (51 %). Par ailleurs, 32 % des participants ont déclaré que ces patients provoquaient leur colère. Moins de la moitié des répondants (44 %) ont affirmé savoir comment prendre en soin des patients atteints d'un TPB.</p> <p><b>Fréquence des préoccupations concernant les patients atteints d'un TPB :</b> Le tableau 2 montre qu'une large proportion de répondants considère</p>	<p><b>Limites :</b> La fiabilité et la validité de l'instrument de mesure.</p> <p>La petite taille de l'échantillon (N= 65).</p> <p><b>Forces :</b> La répartition des participants entre le milieu communautaire et le milieu hospitalier était à peu près équilibrée, ce qui permet de considérer l'échantillon comme représentatif de l'ensemble des infirmiers psychiatriques travaillant dans ce service.</p>	<p>Une proportion importante du personnel soignant manifeste des attitudes négatives envers les patients atteints d'un TPB. Le principal défi pour les infirmiers psychiatriques consiste à gérer leurs attitudes négatives et leur sentiment d'être manipulés, tout en évoluant dans un environnement thérapeutique qui favorise l'établissement de liens de confiance, afin de maintenir une alliance thérapeutique efficace. Ces attitudes et émotions négatives trouvent leur origine dans un déficit de connaissances chez les infirmières psychiatriques. Les attitudes négatives des infirmiers influencent directement la qualité des soins dispensés. L'amélioration de la qualité des soins infirmiers psychiatriques pour les patients atteints d'un</p>

		<p>Les données ont été traitées avec SPSS™ 11.5 (SPSS Inc., 2003) à l'aide de statistiques descriptives présentées sous forme de tableaux de fréquences, afin d'identifier et de décrire les attitudes des infirmiers psychiatriques diplômés à l'égard des patients atteints de TPB.</p>	<p>que les patients atteints d'un TPB sont responsables de leurs actions dans plusieurs aspects importants de leur vie, notamment en ce qui concerne la transgression de la loi (79 %) et le suicide (64 %). Cependant, les réponses révèlent des opinions nuancées. Bien que la majorité des participants ne se sentent pas personnellement responsables du suicide d'une personne atteinte de ce trouble, ils expriment certaines réserves : 47 % estiment avoir une responsabilité de veiller à la sécurité de ces patients, et 49 % craignent d'éventuelles conséquences juridiques en cas de suicide. Par ailleurs, les infirmiers psychiatriques rencontreraient des difficultés à établir une relation de confiance ou à faire preuve d'empathie envers ces patients, plus d'un tiers des répondants les percevant comme manipulateurs, maîtres-chanteurs émotionnels, nuisibles ou chronophages.</p>		<p>TPB passerait probablement par la mise en place de formations, de programmes éducatifs et de mesures de soutien pour aider le personnel à relever les défis posés par ces patients.</p> <p>Les résultats de cette étude mettent en évidence le besoin de formation et de programmes éducatifs pour le personnel.</p>
--	--	---	--	--	---

## Annexe 2 : Grille d'analyse JBI

### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 17mars 2025

Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2023). [Borderline personality disorder: State of knowledge and attitudes among french-speaking mental health professionals]. *L'Encephale*, 49(4), 378-383. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 17mars 2025

Author: Campbell, K., Massey, D., & Lakeman, R. (2022). Working with People Presenting with Symptoms of Borderline Personality Disorder: The Attitudes, Knowledge and Confidence of Mental Health Nurses in Crisis Response Roles in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 913-922. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2087011>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Date 17 mars 2015

Author: Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giralt Palou, R., & Galbany-Estragués, P. (2022). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: The perspective of people diagnosed with BPD. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 317-326. <https://doi.org/10.1111/jpm.12766>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Date 17 mars 2015

Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N., & Stirling, F. J. (2019). Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2613-2623. <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

<b>RoB Assessor:</b>	<b>Date of Appraisal:</b> 17 mars 2025	<b>Record Number:</b>
<b>Study Author:</b> Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, MacArthur, N., & Stirling, F. J.	<b>Study Title:</b> Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28(13-14), 2613-2623. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14847">https://doi.org/10.1111/jocn.14847</a>	<b>Study Year:</b> 2019

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
<b>Bias related to temporal precedence</b>						
1	Is it clear in the study what is the "cause" and what is the "effect" (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to selection and allocation</b>						
2	Was there a control group?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to confounding factors</b>						
3	Were participants included in any comparisons similar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to administration of intervention/exposure</b>						

JBI checklist for quasi-experimental studies - 2

4	Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome</b>						
5	Were there multiple measurements of the outcome, both pre and post the intervention/exposure?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 3



Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7</b>	<b>Were outcomes measured in a reliable way?</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bias related to participant retention**

JBI checklist for quasi-experimental studies - 4



<b>8</b>	<b>Was follow-up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow-up adequately described and analyzed?</b>					
	<b>Outcome 1</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outcome 2</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outcome 3</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outcome 4</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 5

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 5</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 6</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 7</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Statistical Conclusion Validity**

<b>9</b>	<b>Was appropriate statistical analysis used?</b>				
	<b>Outcome 1</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>

Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 2</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 3</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 4</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 5</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 6</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 7</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include:  Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 17mars 2025

Lanfredi, M., Elena Ridolfi, M., Occhialini, G., Pedrini, L., Ferrari, C., Lasalvia, A., Gunderson, J. G., Black, D. W., & Rossi, R. (2021). Attitudes of Mental Health Staff Toward Patients with Borderline Personality Disorder: An Italian Cross-Sectional Multisite Study. *Journal of Personality Disorders*, 35(1), 41-56. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_421](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_421)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

<b>RoB Assessor:</b>	<b>Date of Appraisal:</b> 17 mars 2025	<b>Record Number:</b>
<b>Study Author:</b> Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., & Gunderson, J. G.	<b>Study Title:</b> The Effect of Attending God Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patient with Borderline Personality Disorder. <i>Journal of personality disorders</i> , 30(4), 567-576. <a href="https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29">https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29</a>	<b>Study Year:</b> 2016

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
<b>Bias related to temporal precedence</b>						
1	Is it clear in the study what is the "cause" and what is the "effect" (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to selection and allocation</b>						
2	Was there a control group?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to confounding factors</b>						
3	Were participants included in any comparisons similar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to administration of intervention/exposure</b>						

JBI checklist for quasi-experimental studies - 2

4	Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome</b>						
5	Were there multiple measurements of the outcome, both pre and post the intervention/exposure?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 3



Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7</b>	<b>Were outcomes measured in a reliable way?</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bias related to participant retention**

JBI checklist for quasi-experimental studies - 4



<b>8</b>	<b>Was follow-up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow-up adequately described and analyzed?</b>				
Outcome 1		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 5

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 5</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 6</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 7</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Statistical Conclusion Validity

<b>9</b>	<b>Was appropriate statistical analysis used?</b>				
	<b>Outcome 1</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 6

Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 2</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 3</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 4</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 5</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 7



Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 6</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outcome 7</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>N/A</b>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include:  Exclude:

Seek Further Info:

Comments:

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Date 17 mars 2015

Stroud, J., & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253. <https://doi.org/10.1002/pmh.1214>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 17mars 2025

**Author:** James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date 17mars 2025

Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)