



**PRÉDIRE LES ATTITUDES DES INFIRMIÈRES ENVERS  
LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DE LA  
PERSONNALITÉ LIMITÉ ET DIFFÉRENCES SELON LES  
UNITÉS DE TRAVAIL**

Mémoire présenté  
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

PAR  
© CATHY MARTINEAU

Novembre 2025



**Composition du jury :**

**Nathalie Maltais, présidente du jury, UQAR**

**Frédéric Banville, directeur de recherche, UQAR**

**Nadine Larivière, examinateur externe, Université de Sherbrooke**

Dépôt initial le 30 avril 2025

Dépôt final le 14 novembre 2025



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.



Ce mémoire est dédié à toutes les personnes ayant un trouble de la personnalité limite qui méritent des soins infirmiers de qualité. J'ai réalisé ce projet en pensant à vous.



## **REMERCIEMENTS**

Cette recherche et ce mémoire de maîtrise qui en découle n'aurait jamais pu se réaliser sans l'aide de plusieurs personnes. En premier, je tiens à remercier mon directeur, Frédéric Banville, pour tout le support apporté dans les dernières années. Nous formons une superbe équipe. Je souhaite aussi remercier Carlotta Lunghi de m'avoir recrutée dans son équipe de recherche. Elle m'a donné ma première opportunité de participer à la publication d'articles scientifiques. D'autres personnes m'ont également aidée dans mon parcours : Mylène Trépanier pour l'aide dans la conception du sondage Lime Survey, Dominique Beaulieu et Isabelle Anctil pour leur gentillesse et leur disponibilité à la direction des programmes de cycle supérieur en sciences infirmières, Manon Deshaies du Centre d'aide à la réussite (CAR) pour l'aide dans la mise en page du mémoire et Marie-Ève Émond-Beaulieu bibliothécaire pour l'aide dans les références. Je tiens également à remercier mes amis et ma famille pour toute l'aide apportée dans les dernières années. Un merci particulier à mon conjoint Michaël pour m'avoir permis de croire en l'amour. Je souhaite aussi remercier la Fondation de l'UQAR et le ministère de l'Enseignement supérieur pour les bourses que j'ai reçues au cours des dernières années qui m'ont permis de me concentrer à temps plein sur la rédaction de ce mémoire. En terminant, à travers mes études à l'UQAR, j'ai eu la chance d'avoir eu plusieurs professeurs qui ont cru en mon potentiel et qui m'ont donné des opportunités pour développer

ma carrière scientifique. J'en serai pour toujours reconnaissante. Je souhaite un jour transmettre cette chance à d'autres étudiants.

## **AVANT-PROPOS**

Depuis très longtemps, je suis investie auprès de personnes ayant une problématique de santé mentale. Je suis particulièrement touchée par la détresse des personnes vivant avec un trouble de la personnalité en raison d'expériences personnelles et professionnelles. Le fait d'avoir été témoin d'attitudes négatives d'infirmières envers des personnes ayant un trouble de la personnalité limite (TPL) a profondément inspiré mes intérêts de recherche.

Tout au long de ma démarche, j'ai reçu plusieurs témoignages de personnes atteintes d'un TPL. Elles me racontaient les expériences négatives de soins qu'elles ont vécues dans le réseau de la santé. De plus, j'ai reçu plusieurs témoignages d'infirmières qui voulaient améliorer leur pratique auprès de cette clientèle, mais qui sentaient qu'elles n'avaient pas les outils pour le faire. Ces témoignages m'ont émue. Ils ont renforcé ma conviction de réaliser ce mémoire.

Je souhaite sincèrement améliorer la qualité des soins auprès des personnes vivant avec un TPL. Elles méritent que les infirmières qui les soignent aient été formées à le faire en tenant compte de leur particularité et de leur singularité.



## RÉSUMÉ

**Contexte.** Le trouble de la personnalité limite (TPL) est défini dans le DSM-5-TR comme un « modèle envahissant d'instabilité dans les relations personnelles, de l'identité, des affects et d'une impulsivité marquée qui débutent à l'âge adulte et qui se présentent dans différents contextes interpersonnels ». Les infirmières peuvent parfois adopter des attitudes négatives envers les personnes ayant un TPL et vivre des émotions négatives, des perceptions défavorables ou des comportements d'évitement. Ces attitudes peuvent nuire à la qualité des soins infirmiers offerts à cette population. **Objectif.** Cette étude visait à identifier les variables pouvant prédire les attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL. **Méthode.** Un devis quantitatif corrélationnel prédictif a été utilisé. L'échantillon était composé de 303 infirmières, tous membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). Les participants ont complété un sondage en ligne comprenant un questionnaire sociodémographique et plusieurs instruments de mesure validés : l'*Échelle des attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de la personnalité limite* (ÉA-TPL), l'adaptation française du *Big Five Inventory à 10 items* (BFI-10) et l'adaptation française du *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE-HP). **Résultats.** La motivation, l'empathie et l'unité de soins dans laquelle les infirmières travaillaient se sont révélées être des variables prédictives significatives de leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL, expliquant 44% de la variance observée. Les infirmières œuvrant en santé mentale, à Info-santé 811 et en soins de longue durée/gériatrie affichaient des attitudes plus favorables envers cette clientèle comparativement à celles travaillant en santé communautaire, en médecine générale ou à l'urgence, qui manifestaient des attitudes moins favorables. **Conclusion.** Bien que les attitudes générales envers les personnes vivant avec un TPL soient relativement positives, les infirmières rapportent un certain inconfort à intervenir auprès de cette clientèle malgré qu'elles les perçoivent relativement positivement. Cette étude est novatrice au Québec, puisqu'elle met en lumière l'importance de la motivation, de l'empathie et du milieu de travail dans la prédiction des attitudes des infirmières, et souligne les secteurs prioritaires (santé communautaire, médecine, urgence) pour offrir une formation ciblée sur le TPL.

**Mots-clés :** infirmières, attitudes, trouble de la personnalité limite, unité de travail.



## ABSTRACT

**Background.** Borderline Personality Disorder (BPD) is defined in the DSM-5-TR as a “pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, affects, and marked impulsivity that begins in early adulthood and is present in various interpersonal contexts”. Nurses may sometimes adopt negative attitudes towards people with BPD and experience negative emotions, unfavourable perceptions or avoidance behaviors. These attitudes may affect the quality of nursing care offered to this population. **Objective.** This study aimed to identify variables that can predict nurses’ attitudes towards people with BPD. **Method.** A predictive correlational quantitative design was used. The sample consisted of 303 nurses who are all members of the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). Participants completed an online survey including a sociodemographic questionnaire and several validated instruments: the *Échelle d’attitudes à l’égard des personnes présentant un trouble de la personnalité limite* (ÉA-TPL), the French adaptation of the *Big Five Inventory to 10 items* (BFI-10) and the French adaptation of the *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE-HP). **Results.** Motivation, empathy, and the care unit in which nurses worked were found to be significant predictors of their attitudes towards people with BPD, explaining 44% of the observed variance. Nurses working in mental health, at Info-santé 811 and in long term care/geriatrics displayed more favourable attitudes towards this clientele compared to those working in community health, general medicine or emergency who manifested less favourable attitudes. **Conclusion.** Although general attitudes towards people with BPD are relatively positive, nurses report some discomfort working with this clientele despite perceiving them relatively positive. This study is innovative in Quebec because it highlights the importance of motivation, empathy and the workplace in predicting nurses’ attitudes and highlights priority sectors (community health, medicine, emergency) to offer targeted training on TPL.

**Keywords:** nurses, attitudes, borderline personality disorder, work unit.



## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
AVANT-PROPOS .....	xi
RÉSUMÉ .....	xiii
ABSTRACT.....	xv
LISTE DES TABLEAUX .....	xxi
LISTE DES FIGURES .....	xxiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	xxv
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1    ÊTRE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC.....	3
1.2    LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITÉ .....	7
1.3    ATTITUDES DES INFIRMIÈRES ET CONSÉQUENCES SUR L'EXPÉRIENCE DE SOINS .....	10
CHAPITRE 2 CONTEXTE THÉORIQUE .....	17
2.1    STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	17
2.2    PERSONNALITÉ NORMALE .....	18
2.3    PERSONNALITÉ PATHOLOGIQUE .....	20
2.4    SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES TROUBLES MENTAUX POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE .....	22
2.5    APPROCHE CATÉGORIELLE .....	22
2.5.1 Critères généraux selon l'approche catégorielle.....	22
2.5.2 Trouble de la personnalité limite selon l'approche catégorielle.....	23
2.6    APPROCHE DIMENSIONNELLE.....	24
2.6.1 Critères généraux selon l'approche dimensionnelle.....	24
2.6.2 Trouble de la personnalité limite selon l'approche dimensionnelle .....	26
2.7    CAUSES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITÉ .....	26

2.8 MODÈLES CONCEPTUELS PORTANT SUR LES ATTITUDES .....	27
2.9 ATTITUDES DES INFIRMIÈRES ENVERS LES PERSONNES AYANT D'UN TPL .....	31
2.10 EMPATHIE ET ATTITUDES .....	42
2.11 PERSONNALITÉ ET ATTITUDES .....	45
2.12 MOTIVATION DES INFIRMIÈRES ET ATTITUDES .....	47
2.13 QUESTIONS ET HYPOTHÈSES .....	50
<b>CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>53</b>
3.1 DEVIS .....	53
3.2 PARTICIPANTS .....	53
3.3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	55
3.4 CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....	61
3.5 QUESTIONNAIRES .....	61
3.6 ANALYSE DES DONNÉES .....	66
<b>CHAPITRE 4 RÉSULTATS .....</b>	<b>69</b>
4.1 ANALYSES DESCRIPTIVES .....	69
4.2 ANALYSES DE RÉGRESSION ET DE VARIANCE .....	75
4.2.1 Explorations préalables à la régression linéaire multiple .....	75
4.2.2 Variables prédictives des attitudes des infirmières envers la personne TPL .....	76
4.2.3 Comparaison des résultats à l'ÉA-TPL selon les unités de travail .....	78
4.2.4 Différences de groupes sur la variable attitude .....	79
<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION .....</b>	<b>83</b>
5.1 RECOMMANDATIONS .....	84
5.2 LIMITES DE L'ÉTUDE .....	94
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>97</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>127</b>

ANNEXE 2 .....	129
ANNEXE 3 .....	131
ANNEXE 4 .....	133



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Âge, sexe, régions administratives de travail et niveau de scolarité des infirmières et des infirmiers .....	56
Tableau 2 Milieux de travail et unités de soins des infirmières.....	58
Tableau 3 Horaire de travail des infirmières .....	59
Tableau 4 Heures supplémentaires, ancienneté, années d'expérience, formations antérieures sur le TPL et intervention auprès des personnes ayant un TPL des infirmières .....	61
Tableau 5 Résultat total à l'ÉA-TPL des infirmières .....	71
Tableau 6 Niveau de motivation des infirmières à travailler auprès des personnes ayant un TPL et fréquence de réponse sur l'échelle 0-10 .....	72
Tableau 7 Résultat des infirmières à <i>l'Échelle d'empathie de Jefferson et au Big Five Inventory pour les traits de personnalité</i> .....	73
Tableau 8 Corrélations entre les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières et leurs attitudes face aux personnes ayant un TPL.....	75
Tableau 9 Résultats des différents modèles .....	77
Tableau 10 Résultats de la régression linéaire multiple RLM.....	77
Tableau 11 Résultats à l'ÉA-TPL selon les unités de travail des infirmières.....	78



## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL inspiré d'Aviram et al. (2006) et Bouchard (2010) .....	29
Figure 2. Modèle fonction-structure de l'attitude de Haddock et Maio (2004) (adaptation et traduction libre) .....	31



## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

<b>ADSHQ</b>	Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire
<b>ANOVA</b>	Analyse de la variance
<b>AQIISM</b>	Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
<b>AQRP</b>	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
<b>BPD-EA</b>	Borderline Patients Emotional Attitudes Inventory
<b>BFI-10</b>	Big Five Inventory à 10 items version française
<b>CAR</b>	Centre d'aide à la réussite
<b>CEPI</b>	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
<b>CER</b>	Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>COVID-19</b>	Maladie à coronavirus
<b>CPEJ</b>	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

<b>CR</b>	Centre de réadaptation
<b>DSM</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<b>ÉA-TPL</b>	Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un TPL
<b>GMF</b>	Groupe de médecine familiale
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>JSPE-HP</b>	Échelle d'empathie de Jefferson pour les professionnels de la santé
<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>NEO-PI-R</b>	Inventaire de la personnalité NEO-PI-R
<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>OCÉAN</b>	Ouverture, Conscienciosité, Extraversion, Agréabilité, Névrosisme
<b>PAS</b>	Professionalism Assessment Scale
<b>RI</b>	Ressource intermédiaire
<b>RLM</b>	Régression linéaire multiple
<b>RPA</b>	Résidence privée pour aînés
<b>RTF</b>	Ressource de type familial
<b>TPL</b>	Trouble de la personnalité limite
<b>TSO</b>	Temps supplémentaire obligatoire
<b>UQ</b>	Université du Québec
<b>UQAR</b>	Université du Québec à Rimouski



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce mémoire de maîtrise en sciences infirmières s'intéresse aux attitudes des infirmières québécoises envers les personnes vivant avec un trouble de la personnalité limite (TPL). Tout au long de l'écriture, il a été choisi, pour ne pas alourdir le texte, d'utiliser le terme « infirmières » pour désigner à la fois les infirmières et les infirmiers membres de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). Ce choix se justifie bien, considérant qu'au 31 mars 2024, il y avait 88,2% de femmes inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2024). De plus, dans la recension des écrits, certaines études rapportaient des résultats pour différents groupes de professionnels (p. ex. médecins, infirmières, psychologues) alors que d'autres concernaient uniquement les infirmières. Il sera précisé dans le document lorsque l'étude s'intéressait principalement aux infirmières.

Vivre avec un trouble de la personnalité limite (TPL) amène la personne à ressentir une grande détresse sur le plan psychologique. Pour la soulager, elle peut avoir recours à certains comportements auto agressifs, comme l'automutilation et les tentatives de suicide (American Psychiatric Association, 2023). En réponse à cela, les infirmières peuvent ressentir des émotions négatives face aux personnes ayant un TPL. Elles peuvent aussi les percevoir négativement et éprouver la tentation d'éviter d'être en contact avec ces patients (Dickens, Lamont, et al., 2016; Markham, 2003; Markham & Trower, 2003; McKenzie et al., 2022; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Ces attitudes peuvent nuire à l'établissement d'une

alliance thérapeutique avec cette clientèle et forcément nuire à l'expérience de soins. (Bouchard, 2010; Kratzer et al., 2024). L'objectif général de ce mémoire était de prédire les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes vivant avec un TPL à partir d'un certain nombre de variables issues de la recension des écrits scientifiques, telles que la personnalité, l'empathie, l'unité de travail, la motivation, l'âge, la formation, l'expérience professionnelle, etc.

Le présent mémoire est divisé en cinq chapitres. Le chapitre 1 présentera la problématique des attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL. Il décrira le contexte de la pratique infirmière au Québec (p. ex. : conditions de travail, clientèles, milieux de pratique) et ses conséquences sur les soins donnés à cette population. Le chapitre 2 recensera les principaux écrits concernant le phénomène à l'étude. Une description de la personnalité normale et de la personnalité pathologique sera présentée. De plus, les approches pour diagnostiquer le TPL seront détaillées. Les attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL seront explorées à travers les cadres conceptuels choisis (Bouchard, 2010; Haddock & Maio, 2004). L'influence de plusieurs variables sur les attitudes sera aussi décrite (p. ex. : empathie, personnalité, motivation). Le chapitre 3 exposera la méthodologie utilisée dans cette recherche à partir du recrutement des participants jusqu'aux questionnaires utilisés. Le chapitre 4 décrira les principaux résultats en deux analyses. Les analyses descriptives traceront le portrait de l'échantillon. Les analyses de régression et de variance qui suivront viseront la vérification des hypothèses et les questions de départ. Enfin, le chapitre 5 exposera la discussion des résultats et les principales conclusions de cette recherche.

## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE

#### 1.1 Étre infirmière au Québec

La profession infirmière est celle qui compte le plus de membres actifs au Québec. En date du 25 janvier 2025, il y avait 85 455 personnes inscrites au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) avec un taux de croissance de 3,53% par rapport à l'année précédente (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b). De plus, 70,36% des membres travaillent à temps complet et 95,89% des membres ont déclaré au moins un emploi (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b). En ce qui concerne la scolarité, pour l'année 2023-2024, 39,2% des membres détenaient un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, 5,9% un certificat de 1<sup>er</sup> cycle, 48,4% un baccalauréat et 6,5% d'un diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b).

La pratique infirmière au Québec comporte plusieurs défis. Un de ces défis concerne les conditions de travail auxquelles sont exposées les infirmières œuvrant dans le réseau de la santé québécois qui peuvent parfois être difficiles. Par exemple, la pénurie d'infirmières, l'abolition de postes, l'augmentation des ratios infirmière-patients, le manque de soutien clinique, la lourdeur administrative peuvent affecter leur travail (Ducharme & Salois, 2021; Rochefort, 2019). Le système de santé québécois a également subi plusieurs réformes au

cours des dernières années, dont la dernière, en 2023, avec la création de Santé Québec, qui impose plusieurs changements organisationnels (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2025c; Rochefort, 2019). La profession infirmière au Québec a été durement touchée par ces réformes (Rochefort, 2019). Ces conditions de travail difficiles nuisent à l'optimisation des soins offerts à la population par les infirmières tout en diminuant leur qualité (Bae & Fabry, 2014; Ducharme & Salois, 2021; Kane et al., 2007; Rochefort, 2019).

Pour répondre à la pénurie de personnel soignant dans le réseau, les infirmières sont parfois obligées de travailler en temps supplémentaire obligatoire communément appelé TSO (Bougie, 2007; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2025b; Marceau, 2022). Plusieurs employeurs utilisent le TSO comme un mode de gestion de leurs effectifs sur une base quotidienne alors qu'il devrait être utilisé lors de situations exceptionnelles (Ducharme & Salois, 2021; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2025a). Le temps supplémentaire obligatoire diminue la qualité de vie au travail des infirmières (Marceau, 2022). De plus, les infirmières qui travaillent en TSO vivent un déchirement de ne pas pouvoir accomplir leur travail selon un idéal moral, puisqu'elles ne peuvent accomplir leur exercice infirmier avec compétence et selon leurs valeurs. Elles ont aussi le sentiment de ne pas pouvoir s'épanouir dans la profession (Bougie, 2007). Une revue systématique réalisée par l'équipe de Bae et Fabry (2014) a aussi mis en évidence que les heures supplémentaires obligatoires imposées aux infirmières augmentaient la morbidité et la mortalité des patients. En 2021, les états généraux de la profession infirmière ont eu lieu. Il constituait une réflexion sur la situation actuelle et future de la profession infirmière. Une des conclusions du rapport était la nécessité de mettre un terme aux conditions de travail

difficiles et à l'organisation déficiente des soins imposées aux infirmières. Il est aussi mentionné dans le rapport qu'il est essentiel que les établissements de santé réunissent les conditions favorables à la valorisation de la profession, à l'utilisation des compétences infirmières et à la qualité de vie au travail de ces professionnels (Ducharme & Salois, 2021).

Un autre défi s'adresse aux exigences de la pratique infirmière au Québec. En effet, la profession infirmière est l'une de celle qui a le champ d'exercice le plus étendu. L'activité qui est l'assise de la profession infirmière est l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et cette activité autonome est complexe. L'infirmière suit un processus de réflexion structuré, dynamique et rigoureux qui lui sert à déterminer les problèmes de santé et les besoins de la personne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). L'évaluation lui permet de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de la personne et d'établir les priorités et les conditions d'intervention. Elle porte un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne qu'elle lui communique par ses conclusions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Pour y parvenir, l'infirmière doit détenir un solide bagage de connaissances scientifiques basées sur les pratiques exemplaires dans son domaine et sur les données probantes. Tout au long de sa carrière, elle doit continuer de parfaire sa pratique en participant régulièrement à des activités de formation continue. Au Québec, l'infirmière doit suivre chaque année 20 heures de formation continue, dont un minimum de 7 heures accréditées (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025 ).

De plus, les infirmières effectuent leur travail auprès de clientèles diversifiées, ce qui constitue un autre défi. En effet, elles peuvent soigner des personnes de tous les âges, allant du nouveau-né à la personne aînée, recevant une variété de soins et qui présentent des problèmes de santé complexes avec des risques élevés de complications (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). L’OIIQ distingue les **domaines d’activité**, les **domaines de pratique** de même que les milieux de pratique dans lesquels elles sont appelées à travailler. Le domaine d’activité correspond au secteur principal dans lequel les infirmières exercent leur profession. Pour le **domaine d’activité**, en date de décembre 2024, 87,8% des infirmières travaillaient en clinique/soins aux patients, 8,3% travaillent en gestion, 3% en enseignement et 1% en recherche (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b). Le domaine de pratique fait référence au type de soins donnés par les infirmières. Par rapport aux **domaines de pratique**, 42,8% des infirmières travaillaient en soins généraux et spécialisés, 18,5% d’entre elles travaillent en soins de première ligne, 14,0% en soins critiques, 13,4% d’autre type de soins, 5,78% en soins ambulatoires et 5,59% en soins de santé mentale (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b). Quant aux **milieux de pratique**, ils désignent les établissements du réseau public et privé pour lesquels les infirmières sont employées (p. ex. CISSS, CIUSSS, CHU). Les **unités de soins** renvoient aux départements dans lesquels elles pratiquent (p. ex. urgence, santé mentale, santé communautaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b).

En somme, la pratique des infirmières au Québec comporte plusieurs défis, tels que leurs conditions de travail, l’exigence de leur travail auprès de clientèles multiples avec des situations de santé diversifiées, leur travail dans une grande variété de milieux de pratique et

le maintien de leurs connaissances scientifiques à jour. Certaines clientèles plus complexes peuvent aussi ajouter un défi supplémentaire dans la pratique des infirmières. C'est le cas des personnes vivant avec un diagnostic de TPL. La prochaine section exposera un portrait de la situation.

## **1.2 Le trouble de la personnalité limite**

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est défini dans le DSM-5-TR comme un « modèle envahissant d'instabilité dans les relations personnelles, de l'identité, des affects et d'une impulsivité marquée qui débutent à l'âge adulte et qui se présentent dans différents contextes interpersonnels ». (American Psychiatric Association, 2023). La prévalence moyenne du TPL est évaluée à 1,6%, mais elle peut atteindre 5,9% selon certaines études (American Psychiatric Association, 2023). De plus, elle est estimée à environ 6% pour les personnes suivies en première ligne, à environ 10 % pour celles suivies en consultation externe de psychiatrie et à 20 % pour les personnes hospitalisées sur les unités de soins psychiatriques (American Psychiatric Association, 2023). Par ailleurs, une méta-analyse réalisée en 2018 a évalué une dizaine d'études qui mesuraient la prévalence des troubles de la personnalité dans la population adulte vivant dans des pays occidentaux. Il a été estimé que 12,16% de la population de ces études souffrait d'un trouble de la personnalité et que la prévalence des troubles de la personnalité des groupes A, B et C était entre 5,53% et 7,23% (Volkert et al., 2018). En 2011-2012, au Québec, la prévalence annuelle (nombre de cas sur un an) des troubles de la personnalité du groupe B (incluant les personnalités antisociale, état limite, histrionique et narcissique) était de 3,6% pour mille habitants et elle différait selon

l'âge et le sexe (Cailhol et al., 2015). Pour la même année, les groupes d'âge ayant la plus forte prévalence annuelle ciblaient les personnes âgées entre 18-24 ans ainsi que le groupe des 25-39 ans (Cailhol et al., 2015).

Plus précisément, le TPL est caractérisé par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée (American Psychiatric Association, 2023). Les problèmes interpersonnels sont l'une des caractéristiques distinctives du trouble. Les difficultés avec l'expression de la colère (intense ou inappropriée), l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation (clivage) et l'impulsivité (p. ex. : terminer abruptement certaines relations) contribuent assurément aux problèmes relationnels (American Psychiatric Association, 2023; Di Bartolomeo et al., 2024). En relation amoureuse, la personne vivant avec un TPL peut être en couple avec des personnes qui présentent des traits de personnalité et des styles d'attachement similaires (Beeney et al., 2019), ce qui amplifie le fait qu'elles fournissent des efforts importants pour éviter les abandons en étant plus sensibles au rejet (Faraji & Tezcan, 2023). Pourtant, une peur de l'intimité peut également être présente, ce qui cause un évitement de certaines relations (Faraji & Tezcan, 2023). La personne ayant un de TPL peut aussi être agressive envers son partenaire (Lazarus et al., 2019) ou être à risque d'être victime de violence conjugale (Taşkale et al., 2025). Dans l'étude de Imbeau, Bouchard, Terradas et Villeneuve (2014), les auteurs expliquent qu'étant donné que les principaux symptômes du TPL sont de nature à perturber les relations interpersonnelles, l'interaction avec une personne atteinte de ce type de trouble constitue un défi de taille pour les professionnels de la santé qui les côtoient. En effet, en raison des problèmes relationnels caractéristiques du trouble, le TPL

constitue un important générateur de sentiment d’impasse pour les intervenants en santé mentale (Bouchard, 2010).

Ces difficultés relationnelles peuvent aussi occasionner des situations de crise où la personne est en détresse émotionnelle: idéations paranoïdes, tendance à l’automutilation, tentative de suicide qui peuvent conduire à vivre de l’isolement social (American Psychiatric Association, 2023; Di Bartolomeo et al., 2024). Ces passages à l’acte autodestructeurs en plus de leur mode de vie instable (p. ex. : abus de substances, promiscuité sexuelle) et leurs difficultés psychosociales ont comme conséquence une utilisation accrue des services de santé par cette clientèle (Cailhol et al., 2017; Cailhol et al., 2021; Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). En effet, les personnes vivant avec un TPL consultent fréquemment à l’urgence lors de crises (McCarrick et al., 2022; J. Miller et al., 2024). Pour l’année 2011-2012, 44% avaient été admis à l’urgence (Cailhol et al., 2017). Pour certains, les urgences deviennent un lieu de soins à part entière et pas uniquement de triage (Grenier, communication personnelle, 16 avril 2025). De plus, lors d’une hospitalisation, les infirmières sont le seul groupe de professionnels qui sont en contact soutenu avec cette population. Il a été démontré que leurs attitudes, croyances et comportements exercent une influence cruciale sur l’expérience de soins des personnes ayant un TPL ainsi que sur les résultats du traitement (McCarrick, 2021).

### **1.3 Attitudes des infirmières et conséquences sur l'expérience de soins**

En raison du profil comportemental et relationnel dressé précédemment, l'infirmière, dans la situation de soins avec une personne ayant un TPL, peut vivre des difficultés dans la relation. Plusieurs études ont effectivement mis en évidence que les infirmières démontrent des attitudes négatives envers les personnes vivant avec un TPL (Baker & Beazley, 2022; Bouchard et al., 2015; Boudreau et al., 2015a; Cleary et al., 2002; Deans & Meocevic, 2006; Dickens, Lamont, et al., 2016; Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014; Lanfredi et al., 2019; McCarrick et al., 2022; McKenzie et al., 2022; Nordkamp et al., 2024; O'Brien & Flöte, 1997; Papathanasiou & Stylianidis, 2022; Treloar, 2009; Ukwuoma et al., 2024; Weight & Kendal, 2013; Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Il a été aussi établi que ces attitudes négatives diminuaient la qualité des soins prodigués à ces patients (Black et al., 2014; Boudreau et al., 2015a; Ma et al., 2009; McKenzie et al., 2022; Nordkamp et al., 2024).

L'ensemble de ces réactions peuvent affecter les émotions, les pensées et les comportements des infirmières. En effet, en réponse à leur complexité et à certains comportements impulsifs des personnes ayant un diagnostic de TPL (p. ex. : tentatives de suicide, automutilation, arrêt de traitement), les infirmières peuvent vivre des émotions, telles que la colère, de la frustration, de la suspicion, de l'aversion, de l'accablement, du ressentiment, de la peur, de l'anxiété, de l'inconfort, de l'embarras, de l'impuissance, de l'indifférence ainsi que le sentiment d'être manipulées, d'être menacées, d'être incompétentes ou d'être inadéquates (Bergman & Eckerdal, 2000; Bouchard, 2010; Deans

& Moecevic, 2006; Dickens, Lamont, et al., 2016; Fraser & Gallop, 1993; Holmqvist, 2000; Ma et al., 2009; Mack & McKenzie Nesbitt, 2016; Markham, 2003; Markham & Trower, 2003; McCarrick et al., 2022; Rizq, 2012; Sansone & Sansone, 2013; Stroud & Parsons, 2013; Treloar, 2009; Vachon & Leclerc, 2012; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Par exemple, une revue systématique réalisée sur l'expérience des infirmières en santé mentale auprès de patients diagnostiqués avec un TPL a révélé que les gestes d'automutilation de cette clientèle provoquaient chez les infirmières de la frustration et de l'impuissance. Cette situation les mettait également à risque de vivre de la fatigue de compassion (Nordkamp et al., 2024). Un autre exemple, provenant de l'étude de Lazzari et al. (2025), a mis en évidence que la gestion des comportements suicidaires des personnes vivant avec un TPL était stressante pour les infirmières en raison du risque d'enquête professionnelle, de comparutions au tribunal, de pertes d'emploi, de conflits émotionnels et d'actions disciplinaires.

De plus, il a été constaté que les infirmières expérimentent des réactions de contre-transfert plus fortes et plus négatives envers les personnes vivant avec un TPL comparativement à des clientèles souffrant d'autres troubles mentaux (Bessette, 2010; Colli et al., 2014; Dickens, Lamont, et al., 2016; Knaak et al., 2015; Liebman & Burnette, 2013; Markham & Trower, 2003; McKenzie et al., 2022; Ross & Goldner, 2009; Sansone & Sansone, 2013; Stiles et al., 2023; Weight & Kendal, 2013). En effet, l'étude de Colli et al. (2014) a démontré que les patients vivant avec un TPL suscitaient auprès des thérapeutes des émotions négatives plus intenses, comme de l'anxiété, de la tension et de l'inquiétude comparativement aux autres patients vivant avec d'autres troubles de la personnalité. Les infirmières peuvent aussi vivre une ambiguïté émotive qui suscite un déchirement

lorsqu'elles travaillent auprès des personnes ayant un TPL, puisque d'un côté, leur professionnalisme et leur humanisme leur imposent d'offrir des soins de qualité et empreints d'empathie, alors que l'autre côté s'entremêle des sentiments de culpabilité, d'incompréhension et de rejet (Boudreau et al., 2015a).

Cependant, il est important de nuancer que les infirmières peuvent aussi ressentir des émotions positives lorsqu'elles interviennent auprès de ces patients, telles que l'empathie et un intérêt dans le traitement (Bergman & Eckerdal, 2000; Bowen, 2013; Romeu-Labayen et al., 2022; Vachon & Leclerc, 2012). De plus, elles peuvent avoir la sensation d'être aidantes et sympathiques (James & Cowman, 2007; Vachon & Leclerc, 2012), apprécier l'expérience (Webb & McMurran, 2007), se sentir récompensées lorsqu'elles constatent que les patients font des progrès (O'Connell & Dowling, 2013) et sentir que leur travail a un but (Webb & McMurran, 2007). Par exemple, dans l'étude de Campbell et al. (2022), les infirmières formées en santé mentale, travaillant à l'urgence, avaient des attitudes positives envers les personnes ayant un TPL. Elles étaient aussi optimistes sur leur rétablissement et leur traitement.

Les pensées des infirmières peuvent aussi être affectées lorsqu'elles interviennent auprès de personnes vivant avec un TPL. En effet, elles peuvent les percevoir comme des personnes dangereuses, turbulentes, manipulatrices, égoïstes, abusives, mauvaises, impolies, non fiables, dépendantes, immatures, qui manque de volonté, irrespectueuses, saboteurs, en recherche d'attention, difficiles ou comme étant un défi. (Boudreau et al., 2015a; Cleary et al., 2002; Deans & Meocevic, 2006; Hazelton et al., 2006; Imbeau, Bouchard, Terradas &

Villeneuve, 2014; James & Cowman, 2007; Mack & McKenzie Nesbitt, 2016; McGrath & Dowling, 2012; Nehls, 1999; O'Connell & Dowling, 2013; Stiles et al., 2023; Treloar, 2009; Ukwuoma et al., 2024; Weight & Kendal, 2013; Woollaston & Hixenbaugh, 2008; Wright et al., 2007; Wright & Jones, 2012). Dans une étude qui évaluait les attitudes des intervenants qui travaillent en santé mentale à l'égard des personnes ayant un TPL, les infirmières présentaient le résultat le plus élevé à l'*Attitude to Personality Disorder Questionnaire* (APQD) pour la catégorie *Manque de difficultés valides* comparativement à des psychiatres, résidents en psychiatrie, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, psychologues et art-thérapeutes. Ce résultat élevé correspondait à un transfert négatif envers les patients vivant avec un TPL basé sur des perceptions négatives de cette clientèle (p. ex. je me sens manipulé ou utilisé par les patients ayant un TPL) (Ukwuoma et al., 2024). De plus, elles peuvent croire que les personnes ayant un TPL ont un meilleur contrôle de leurs symptômes que les personnes vivant avec d'autres troubles mentaux (p. ex. : schizophrénie ou dépression) (Forsyth, 2007; Markham, 2003; Markham & Trower, 2003). Leurs comportements seraient ainsi vus comme volontaires et malhonnêtes plutôt que de les voir comme un symptôme de la maladie (Westwood & Baker, 2010). Enfin, les infirmières peuvent penser que la personne vivant avec un TPL est intractable ce qui influence négativement leur niveau d'optimisme envers le traitement et leur capacité à les aider (D. W. Black et al., 2011; Deans & Moecevic, 2006; Mack & McKenzie Nesbitt, 2016; Markham, 2003; Markham & Trower, 2003; Stiles et al., 2023; Vachon & Leclerc, 2012; Weight & Kendal, 2013; Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Les infirmières peuvent aussi modifier leurs comportements envers ces patients. Par exemple, elles peuvent adopter une attitude de rejet (Poirier, communication personnelle, 16 avril 2025). En effet, plusieurs études ont observé que les professionnels en santé mentale souhaitent se distancer socialement des personnes ayant un TPL (Fraser & Gallop, 1993; Knaak et al., 2015; Markham, 2003; Markham & Trower, 2003; Strong, 2010; Vachon & Leclerc, 2012; Westwood & Baker, 2010; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Cette situation peut survenir lorsqu'il y a une absence de collaboration avec l'usager. L'infirmière évitera alors physiquement la personne ou elle pourra alors avoir tendance à mettre fin à la communication le plus rapidement possible. Il est aussi probable qu'elle ne parle pas du diagnostic de TPL auprès de la personne atteinte ou qu'elle évite de faire de la psychoéducation (Carrotte et al., 2019; Stiles et al., 2023; Vachon & Leclerc, 2012). Les infirmières pourront être sur la défensive lorsqu'elles sentent qu'elles sont incapables de combler les besoins de l'usager vivant avec un TPL (Vachon & Leclerc, 2012). Elles pourront alors tenter de maîtriser la situation afin d'éviter qu'elle dégénère (Vachon & Leclerc, 2012). Certains intervenants peuvent même cesser abruptement le suivi en raison d'un conflit dans la relation (Aviram et al., 2006; Bland et al., 2007; Hinshelwood, 2002; Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). D'autres intervenants peuvent adopter un comportement contraire, comme se surinvestir dans la relation en intervenant de façon trop intense ou trop impulsive (p. ex. : rendez-vous rapprochés) ou en ne reconnaissant pas l'autonomie de la personne (p. ex. : prendre la responsabilité des comportements de l'autre) (Poirier, communication personnelle, 16 avril 2025). De plus, les patients souffrant d'un TPL peuvent engendrer des conflits dans les équipes de soins (Boudreau et al., 2015a; McGrath

& Dowling, 2012; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Il y aura alors des mésententes entre les membres de l'équipe qui peuvent causer un désengagement dans leur relation avec la personne soignée (Boudreau et al., 2015a).

En réaction à ces situations, les personnes ayant un TPL peuvent vivre plusieurs émotions négatives qui nuisent au développement d'une alliance thérapeutique avec le personnel soignant (Helleman et al., 2014; Nehls, 1999). Par exemple, l'absence de contact avec l'infirmière pendant une courte admission sur une unité de soins peut créer des sentiments de tensions, d'abandon, de solitude, de rejet, de perte et de colère pour la personne vivant avec un TPL (Helleman et al., 2014; Vandyk et al., 2019). D'autre part, une revue intégrative réalisée sur l'expérience des personnes ayant un TPL consultant à l'urgence, a démontré que les attitudes négatives des cliniciens (p. ex. infirmières, médecins) avaient pour conséquence que leur expérience de soins était négative et qu'elles consultaient davantage à l'urgence (J. Miller et al., 2024). En plus, lorsque ses gestes d'automutilation sont perçus comme de la manipulation par le personnel soignant, la personne vivant avec un TPL peut vivre un sentiment d'injustice tout en se sentant heurtée (Nehls, 1999). Leur estime de soi ainsi que leur identité peuvent aussi être atteintes par les réactions négatives des cliniciens à leur égard (Motala & Price, 2024; Stiles et al., 2023). Le manque de respect de certains intervenants peut également être vécu comme une expérience traumatique pour cette clientèle (Carrotte et al., 2019). Enfin, la fin abrupte d'un suivi thérapeutique peut causer un sentiment de rejet pour le patient et l'accès aux soins peut être plus difficile pour ces personnes en raison de la problématique décrite dans ce chapitre (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014; Nehls, 1999; Stiles et al., 2023; Treloar, 2009).

À la lumière de ce qui précède, il nous apparaît fondamental de tracer un portrait des attitudes des infirmières québécoises envers les personnes vivant avec un TPL, ce qui sera exploré dans les prochains chapitres. Ce portrait détaillera les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes ayant un TPL en identifiant les variables qui prédisent leurs attitudes envers cette population, ce qui est actuellement inconnu au Québec. Cette recherche devient donc pertinente pour la discipline infirmière. Comme mentionné par Imbeau, Bouchard, Terradas et Villeneuve (2014), l'étude des attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes ayant un TPL est un champ de recherche actuellement en émergence. De plus, les différentes recommandations découlant de ce mémoire aideront à améliorer la qualité des soins offerts à cette population. En effet, à la suite d'une formation sur le TPL destinée aux infirmières et à l'instauration de certains changements organisationnels, les attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL pourraient être plus favorables, ce qui bonifierait la qualité de la relation thérapeutique. Des soins infirmiers de qualité pourraient diminuer la souffrance de ces personnes, réduire les risques de suicides ainsi que le phénomène des portes tournantes. Elles pourraient sentir que leur souffrance est considérée tandis que les infirmières pourraient améliorer leur sentiment de compétence en cours d'intervention. Les infirmières vivraient également moins de détresse morale et leur sentiment de bien-être au travail augmenterait. Elles trouveraient aussi un sens à leur pratique auprès de cette clientèle. De plus, les impasses vécues dans la relation pourraient être résolues.

## CHAPITRE 2

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 2.1 Stratégie de recherche documentaire

Cette section détaillera la recherche documentaire qui a été effectuée pour ce mémoire. En premier, les principales bases de données qui ont été consultées sont *Academic Search Complete*, *CINAHL with Full Text*, *CINAHL Complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* et *Medline with Full Text*. De plus, plusieurs mots-clés ont été utilisés dans ces bases pour la recension des écrits. Ces mots-clés sont: *attitudes*, *perceptions*, *opinions*, *thoughts*, *beliefs*, *borderline personality disorder*, *bpd*, *borderline personality*, *emotionally unstable personality disorder*, *nurse*, *nursing*, *nurses*, *nursing staff*, *nurse experience*, *nurse perspective* et *nurse view*. Quant aux dates de publication des articles scientifiques, les années choisies étaient de 1990 à 2025. Cependant, avant la publication du mémoire, une revue récente de la littérature a été complétée ciblant des études publiées sur le sujet entre 2020 et 2025. De plus, certains livres de référence en psychologie datant des années 1980 ont été inclus dans la recension des écrits. Ils ont été sélectionnés, car ils étaient des références incontournables sur le sujet. La littérature grise a également été consultée telle que des documents rédigés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, le Gouvernement du Québec et le *Cours francophone sur le trouble de la personnalité limite* enseigné par l'Université de Montréal.

## 2.2 Personnalité normale

La personnalité est un concept complexe à définir et la littérature ne démontre pas nécessairement un consensus à cet effet. Ainsi, il existe plusieurs approches théoriques qui déterminent ce qu'est la personnalité. Notamment, l'approche psychodynamique de la personnalité, soit la théorie de relations d'objet développée par Otto Kernberg (Kernberg, 1984, 1992). Selon ce modèle, la personnalité normale se définit comme une organisation dynamique de modèles durables de comportements, de cognition, de motivation et de relations avec les autres qui sont caractéristiques d'un individu (Kernberg, 2016). La personnalité normale peut être définie par une perspective descriptive, soit une description des traits de la personnalité et une perspective structurale de la personnalité, soit la compréhension de la structure psychologique de la personnalité (Caligor et al., 2018; Yeomans et al., 2015). Elle est déterminée par le fonctionnement du soi et le fonctionnement interpersonnel. L'identité, les relations d'objet, les mécanismes de défense, le fonctionnement moral et l'agressivité servent de critères pour classifier la personnalité (Caligor et al., 2018). Les relations d'objet sont composées des représentations internes de soi et de l'autre liées par un affect qui organisent la motivation et le comportement (Yeomans et al., 2015).

Dans la personnalité normale, l'identité est pleinement consolidée, ce qui correspond à un sens de soi et des autres bien intégré, stable et réaliste. Elle se manifeste par la capacité de la personne d'investir dans le temps des activités professionnelles, intellectuelles et personnelles (p. ex. : loisirs) ainsi que de connaître ses valeurs, opinions, goûts et croyances

(Caligor et al., 2018). Elle constitue l'un des fondements de l'estime de soi, de la capacité de ressentir du plaisir dans les relations avec les autres ainsi que dans le travail. Elle donne aussi un sens de continuité à travers le temps et elle contribue à la réalisation d'objectifs à long terme (Caligor et al., 2018; Yeomans et al., 2015). L'identité consolidée permet d'évaluer adéquatement l'expérience interne des autres, ce qui contribue à la capacité d'empathie et de tact social ainsi que l'habileté d'interagir avec les autres avec succès (Yeomans et al., 2015). Les relations sont également marquées par une capacité de se préoccuper de l'autre, d'être intime et d'être dans des relations de dépendance mutuelle tout en gardant son autonomie (Caligor et al., 2018; Yeomans et al., 2015). Une identité bien définie permet à la personne de développer des relations amoureuses qui intègrent l'érotisme et la tendresse (Yeomans et al., 2015). De plus, la personne utilise des mécanismes de défense matures qui lui permettent une bonne adaptation à la vie, une gestion flexible des conflits psychologiques et l'expérimentation d'émotions intenses sans être impulsive (Caligor et al., 2018; Kernberg, 2016; Yeomans et al., 2015). Une autre caractéristique d'une personne avec une personnalité normale est la présence d'un fonctionnement moral internalisé, stable et relié à des valeurs personnelles et des idéaux. La personne a un sens des responsabilités personnelles et un engagement envers ses valeurs et ses idéaux. Enfin, la personne a un contact intact avec la réalité même lors de conflits ou lors de l'activation de ses affects (Caligor et al., 2018; Yeomans et al., 2015).

Une autre approche théorique de la personnalité normale qui a beaucoup influencé l'approche dimensionnelle du DSM-5 de laquelle nous reparlerons plus bas est le modèle de personnalité à cinq facteurs (Big Five Factors). Il a été initialement proposé par Goldberg

(1990) (Goldberg, 1993) et développé par Costa et McCrae (1992). Il s'agit d'un système taxinomique (classification) qui mesure les traits de la personnalité divisés en cinq grands facteurs connus sous le nom des « Cinq grands » ou « Big Five ». Ce modèle décrit les manières que les individus diffèrent les uns des autres selon leurs traits de personnalité. Plusieurs recherches ont confirmé sa validité scientifique (Saulsman & Page, 2004). Les traits de personnalité appartiennent à l'une des dimensions suivantes qui peuvent être regroupées selon l'acronyme OCÉAN : **O**uverture (ouverture d'esprit ou ouverture à l'expérience), **C**aractère consciencieux, **E**xtraversion, **A**gréabilité, **N**évroserisme (émotions négatives ou instabilité émotionnelle). L'ouverture à l'expérience correspond à la curiosité intellectuelle, l'intérêt artistique et l'imagination créative d'une personne. La consciuosité fait référence à son organisation, sa responsabilité et son éthique de travail. L'extraversion est caractérisée par son assertivité, sa sociabilité et son niveau d'activités. L'agréabilité inclut son altruisme, sa confiance et sa modestie. Enfin, le névroserisme mesure dans quelle étendue elle vit des sentiments négatifs (p. ex. : anxiété). Elle est l'opposé de la stabilité émotionnelle qui décrit sa confiance et son habileté à gérer le stress (Costa & McCrae, 1992; Goldberg, 1990, 1993; McCrae & Costa, 2003; Pervin & John, 1999; Rossberger, 2014).

### **2.3 Personnalité pathologique**

Dans l'approche psychodynamique des troubles de la personnalité développée par Kernberg (1984), la présence d'un trouble de la personnalité peut être déterminée par des perturbations sur le plan de la structure psychologique d'un individu tel que vu précédemment. Une structure psychologique est un modèle stable et durable des fonctions

mentales qui organise les comportements, les perceptions et l'expérience subjective d'un individu. Les comportements observables et les perturbations subjectives de la personne vivant avec un trouble de la personnalité reflètent des composantes pathologiques de cette structure (Yeomans et al., 2015). La sévérité du trouble de la personnalité est évaluée selon la gravité de l'atteinte au fonctionnement personnel et interpersonnel (Yeomans et al., 2015). Il s'agit d'une perspective dimensionnelle des troubles de la personnalité qui est complémentaire au modèle alternatif des troubles de personnalité présenté dans la section III du DSM-5-TR (Caligor et al., 2018).

Au niveau structurel, l'identité d'une personne qui présente un trouble de la personnalité est faiblement consolidée ou diffuse. Cette identité diffuse résulte d'un manque d'intégration entre les éléments primaires positifs (idéalisés) et négatifs (persécutés) d'une relation d'objet. Elle se manifeste par une expérience de soi et des autres qui est déformée, superficielle, instable et très chargée affectivement. Cette identité diffuse affecte la capacité de poursuivre des objectifs à long terme (Yeomans et al., 2015). Au niveau comportemental, le trouble de la personnalité se manifeste par une inhibition de certains comportements normaux ou l'exagération de certains comportements avec une oscillation entre ces comportements contradictoires (p. ex. : inhibition sexuelle ou promiscuité sexuelle) (Yeomans et al., 2015). Les relations avec les autres sont également superficielles et motivées par la satisfaction des besoins primaires de la personne. Dans les cas extrêmes, la personne peut même avoir des comportements de manipulation et exploiter les autres personnes. De plus, elle peut utiliser des mécanismes de défense immatures basés sur le clivage, ce qui maintient une expérience dissociée avec une rigidité importante et une faible capacité

d'adaptation. Sur le plan du fonctionnement moral, dans les cas plus graves, il peut y avoir des composantes antisociales caractérisées par une absence de valeurs internalisées. Par rapport à l'agressivité, la personne ayant un trouble de la personnalité sévère peut exprimer plus d'agression ouverte dans ses relations qu'une personne qui n'est pas atteinte. Enfin, le contact avec la réalité peut être fragile, principalement lors de l'activation des affects ou en présence de stress interpersonnels (Caligor et al., 2018; Yeomans et al., 2015).

## **2.4 Système de classification des troubles mentaux pour la pratique infirmière**

En Amérique du Nord, le système de classification des troubles mentaux utilisé en pratique infirmière est le *Diagnostic and Statistical Manual 5<sup>e</sup> édition - textes révisés* (DSM-5-TR). Dans ce manuel athéorique, les troubles de la personnalité sont regroupés en sous-types selon deux approches diagnostiques distinctes, soient l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle. Dans les deux cas, le processus diagnostique comprend deux grandes étapes. La première étape consiste à s'assurer que la personne présente d'abord les critères généraux d'un trouble de la personnalité et la deuxième étape consiste à vérifier la présence de traits spécifiques permettant au clinicien de porter un jugement sur le type de trouble de la personnalité.

## **2.5 Approche catégorielle**

### **2.5.1 Critères généraux selon l'approche catégorielle**

Selon l'approche catégorielle, un trouble de la personnalité se définit comme un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie de ce qui est attendu dans la culture

de l'individu (American Psychiatric Association, 2023). L'atteinte doit être présente dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Les traits de caractère sont rigides et envahissants, ce qui cause une souffrance cliniquement significative (American Psychiatric Association, 2023). Ces réactions nuisent à l'adaptation et au fonctionnement quotidien de la personne tant au niveau social que professionnel. De plus, le trouble de la personnalité doit être présent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et être relativement stable dans le temps. Il peut aussi s'atténuer ou s'amplifier avec le vieillissement (American Psychiatric Association, 2023). En conclusion, il ne doit pas être mieux expliqué par un autre trouble mental ou être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale (American Psychiatric Association, 2023).

### **2.5.2 Trouble de la personnalité limite selon l'approche catégorielle**

En rappel de ce qui a été présenté dans la problématique, le trouble de la personnalité limite (TPL) est défini dans le DSM-5-TR comme un « modèle envahissant d'instabilité dans les relations personnelles, de l'identité, des affects et d'une impulsivité marquée qui débutent à l'âge adulte et qui se présentent dans différents contextes interpersonnels ». (American Psychiatric Association, 2023). Selon l'approche catégorielle, pour recevoir un diagnostic de TPL, la personne doit présenter au moins cinq critères sur neuf pour recevoir le diagnostic (American Psychiatric Association, 2023). Ces critères diagnostiques sont la peur de l'abandon, une instabilité des relations interpersonnelles, une perturbation de l'identité, de l'impulsivité, des comportements suicidaires et/ou d'automutilations, une instabilité

affective, des sentiments chroniques de vide, des colères intenses et inappropriées et des symptômes dissociatifs en présence de stress (American Psychiatric Association, 2023). Cette approche conduit à une forte hétérogénéité des présentations cliniques des personnes diagnostiquées avec le même trouble, puisqu'il existe plusieurs combinaisons possibles selon les critères présents.

## **2.6 Approche dimensionnelle**

### **2.6.1 Critères généraux selon l'approche dimensionnelle**

Le modèle alternatif des troubles de la personnalité combine une évaluation dimensionnelle du fonctionnement du soi et du fonctionnement interpersonnel sur un continuum (Critère A) ainsi qu'une description des traits de personnalité pathologiques pour caractériser les différents troubles de la personnalité (Critère B). Les caractéristiques essentielles d'un trouble de la personnalité sont de présenter une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité (soi/interpersonnel) (Critère A) et la présence d'au moins un trait pathologique de la personnalité (Critère B) (American Psychiatric Association, 2023).

Le fonctionnement du soi comprend l'identité et l'autodétermination. Le fonctionnement interpersonnel comprend l'empathie et l'intimité (Critère A). Pour le fonctionnement du soi, l'identité se définit comme l'expérience de soi-même comme unique avec des frontières claires entre soi et les autres avec une stabilité de l'estime de soi et une appréciation correcte de soi-même avec une capacité de réguler une gamme d'expériences

émotionnelles. En ce qui concerne l'autodétermination, elle se décrit comme la poursuite d'objectifs cohérents à court terme et au long cours avec une utilisation de standards internes de comportement prosociaux et une capacité de réfléchir sur soi de façon constructive. Dans le fonctionnement interpersonnel, l'empathie correspond à la compréhension et l'appréciation des expériences et des motivations d'autrui avec une tolérance de perspectives diverses et une compréhension des effets de son propre comportement sur autrui. En conclusion, l'intimité est caractérisée comme la profondeur et la durée du contact avec autrui, le désir et la capacité d'entretenir des relations proches et un comportement interpersonnel qui témoigne d'une considération mutuelle (American Psychiatric Association, 2023).

Chacune de ces dimensions est évaluée sur l'*Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité* sur cinq niveaux d'altération allant de peu ou pas d'altération (niveau 0), à un certain niveau d'altération (niveau 1), à une altération moyenne (niveau 2), à une altération grave (niveau 3) et à une altération extrême (niveau 4) (American Psychiatric Association, 2023). Par rapport aux traits pathologiques de la personnalité, ils appartiennent à cinq grands domaines : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychotisme (Critère B) (American Psychiatric Association, 2023). Vingt-cinq facettes de traits sont réparties dans ces cinq domaines.

Selon le modèle alternatif des troubles de la personnalité, les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent dans une large gamme de situations personnelles et sociales (American Psychiatric Association, 2023). Ces altérations sont relativement stables dans le temps, ayant

débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et elles ne sont pas mieux expliquées par un trouble mental, les effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (American Psychiatric Association, 2023). En somme, elles ne font pas partie d'un stade normal de développement ou d'un environnement socioculturel normal (American Psychiatric Association, 2023).

### **2.6.2 Trouble de la personnalité limite selon l'approche dimensionnelle**

Selon l'approche dimensionnelle, la personne ayant un diagnostic de TPL doit présenter quatre des sept traits pathologiques suivants : labilité émotionnelle, tendance anxiouse, insécurité liée à la séparation, dépressivité, impulsivité, prise de risque et hostilité. De plus, l'un de ces traits doit être l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité (American Psychiatric Association, 2023). La littérature suggère que ce sont ces traits qui peuvent influencer les attitudes des infirmières à leur égard.

### **2.7 Causes du trouble de la personnalité limite**

Le trouble de la personnalité limite résulte de la combinaison de plusieurs facteurs qui entraînent son développement (Australian Government, 2012; Gouvernement du Québec, 2024). Il y aurait une interaction complexe entre des facteurs biologiques et environnementaux (Arranz et al., 2021; Crowell et al., 2009; Gescher et al., 2024; Linehan, 1993; Wilson et al., 2021; Yeomans et al., 2015). Parmi les principaux facteurs retrouvés dans la littérature, il y a les expériences pénibles vécues pendant l'enfance, comme la négligence, les sévices physiques, psychologiques ou sexuels (Costanzo et al., 2024; Foxhall

et al., 2019; Furnham & Dadabhoy, 2012; Ogłodek & Araszkiewicz, 2011b; Sangeeta et al., 2023), l'hérédité (Luyten et al., 2020; Ogłodek & Araszkiewicz, 2011a; Sangeeta et al., 2023; Y. Yuan et al., 2023), la vie au milieu d'un milieu familial instable (Furnham & Dadabhoy, 2012; Ogłodek & Araszkiewicz, 2011a), une sensibilité au rejet (Askari et al., 2025; Faraji & Tezcan, 2023; Foxhall et al., 2019), des problèmes avec l'attachement (Askari et al., 2025; Caligor et al., 2018; Costanzo et al., 2024; Erkoreka et al., 2022; Gassabi & Pourmohammad, 2025; Sikand et al., 2025; Yeomans et al., 2015), le tempérament (Brud & Cieciuch, 2024; Joyce et al., 2003; Kouros et al., 2024; Nilsson et al., 2010; Rahmani et al., 2023), des difficultés avec la mentalisation (Asztalos et al., 2025; Brud & Cieciuch, 2024; López-Villatoro et al., 2025; Sikand et al., 2025), des besoins affectifs non comblés qui peuvent conduire au développement de schémas inadaptés (Hussein Ramadan Atta et al., 2025; Puri et al., 2021; van der Linde et al., 2023) et un environnement invalidant (Franssens et al., 2021; K. M. Lee et al., 2024; S. S. M. Lee et al., 2022; Linehan, 1993).

## **2.8 Modèles conceptuels portant sur les attitudes**

Cette section présente une synthèse de deux modèles conceptuels sur les attitudes. Le premier s'intitule *Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL* inspiré d'Aviram et al. (2006) et Bouchard (2010). Selon Aviram et al. (2006), les patients vivant avec un TPL présentent certaines caractéristiques (p. ex. : impulsivité), certaines réactions (p. ex. : haine de soi) et certains symptômes (p. ex. : comportements autodestructeurs,) qui provoquent des réactions négatives sur l'intervenant n'ayant pas reçu de formation adéquate sur le TPL (p. ex. des attitudes moins positives, un

sentiment d'incompétence, moins d'empathie). L'intervenant peut alors tenter de se libérer de sentiments inconfortables. Ces réactions contre-transférrentielles provoquent des réactions négatives pour les patients (p. ex. sentiment d'être mal compris, rejeté, mauvaise estime de soi, perception de l'autre comme malveillant) qui exacerbent leur symptomatologie (p. ex. augmentation des comportements autodestructeurs, moins de comportements sains face aux défis de la vie adulte) comme présentées à la figure 1. Les symptômes peuvent être exacerbés puisque les réactions contre-transférrentielles confirment de façon non intentionnelle leurs croyances qui sont à la base de leurs difficultés interpersonnelles (Dakkak El Chami & Bouchard, 2022). Finalement, ces symptômes provoquent, en retour, des réactions négatives auprès de l'intervenant (p. ex. confirmation des préjugés à l'endroit du TPL, interventions moins efficaces) et ainsi de suite, ce qui crée un cercle vicieux. Ce modèle conceptuel a été sélectionné pour cette recherche, puisqu'il permet de comprendre le cycle vicieux responsable des attitudes moins positives des intervenants à l'égard des personnes ayant un TPL. Cela contribue à l'objectif du mémoire, qui est de prédire les attitudes des infirmières québécoises envers cette population, car les variables responsables des attitudes sont détaillées (p. ex. manque de formation, moins d'empathie).

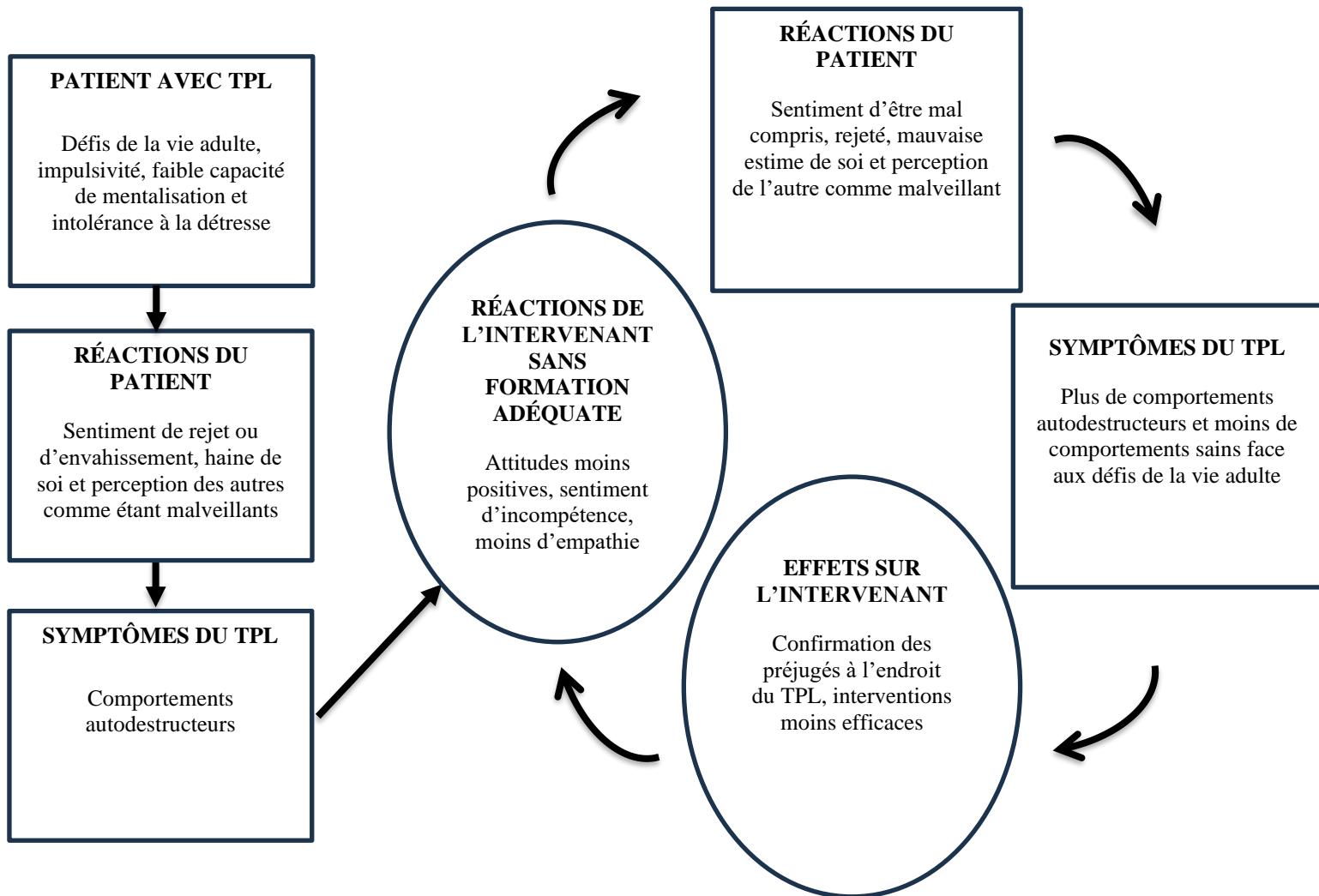


Figure 1. Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL inspiré d'Aviram et al. (2006) et Bouchard (2010)

Le deuxième modèle conceptuel est le *Fonction-structure model of attitudes* tel que représenté par la figure 2 (Haddock & Maio, 2004). Celui-ci stipule que les attitudes sont composées d'évaluations sommaires d'un objet selon des composantes affectives, cognitives et comportementales qui implique de les évaluer sur un continuum allant de « défavorable » à « favorable ». La composante affective concerne les sentiments ou les émotions. La composante cognitive réfère aux pensées, croyances et caractéristiques. Quant à la composante comportementale, elle se caractérise par les comportements passés. Néanmoins, ces trois composantes peuvent parfois différer dans leur valence et leur force, et par conséquent influencer l'expression des attitudes. Par ailleurs, la principale motivation des personnes est le besoin d'affect. Il se définit comme la motivation des gens d'approcher ou d'éviter des situations ou des activités qui provoquent une émotion pour soi et pour les autres. Cette motivation exercerait une influence fondamentale sur la dominance d'une composante particulière d'une attitude. Ces composantes affectent à leur tour l'attitude générale à l'égard de l'objet. Ce deuxième modèle conceptuel a été choisi dans cette étude, puisqu'il permet de comprendre les variables responsables (p. ex. motivation) de la formation des attitudes d'une personne envers un objet, soit ici les personnes vivant avec un TPL.

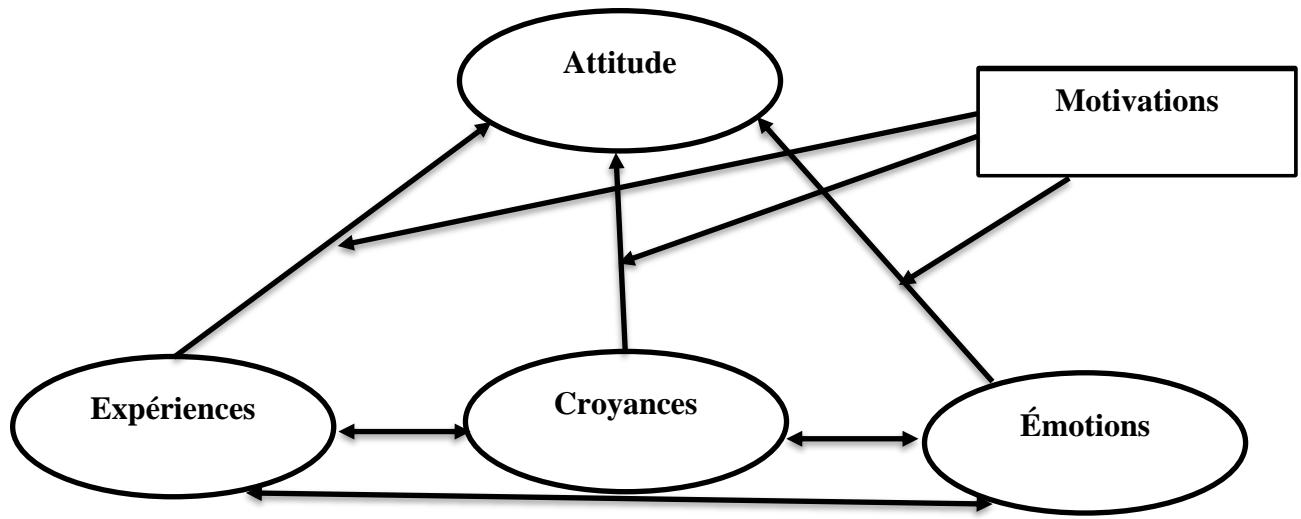


Figure 2. Modèle fonction-structure de l'attitude de Haddock et Maio (2004) (adaptation et traduction libre)

## 2.9 Attitudes des infirmières envers les personnes ayant d'un TPL

Selon l'American Psychological Association (2018), une attitude se définit comme une évaluation durable et générale d'un objet, d'une personne, d'un groupe, d'un problème ou d'un concept sur une dimension variant de négatif à positif. Les attitudes offrent des évaluations sommaires d'objets et dérivent de croyances, d'émotions et de comportements passés spécifiques associés à ces objets (American Psychological Association, 2018). Comme mentionné dans le chapitre précédent, les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL ont souvent été démontrées comme négatives. En effet, deux revues systématiques réalisées sur ce sujet ont confirmé que les infirmières en santé mentale ont les attitudes les plus négatives envers cette population comparativement à d'autres

professionnels de la santé et à d'autres patients souffrant de différents troubles mentaux (Dickens, Lamont, et al., 2016; McKenzie et al., 2022).

Un de ces facteurs est la stigmatisation des personnes vivant avec un TPL. Plusieurs études ont conclu que les attitudes négatives des professionnels de la santé étaient reliées à la stigmatisation de cette population (Carrotte et al., 2019; Hersh, 2008; Knaak et al., 2015; Lawn & McMahon, 2015; Liebman & Burnette, 2013; Markham & Trower, 2003; McKenzie et al., 2022; J. Miller et al., 2024; Navarre, 2025; Proctor et al., 2021; Ring & Lawn, 2025; Ross & Goldner, 2009; Sansone & Sansone, 2013; Sartorius, 2007; Stiles et al., 2023; Weight & Kendal, 2013). La stigmatisation en santé mentale désigne le processus par lequel des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale sont perçues négativement, dévalorisées ou discriminées en raison de leur condition (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2025a). Plusieurs facteurs organisationnels et individuels peuvent conduire à des comportements stigmatisants, tels qu'un sentiment d'impuissance, d'inconfort ou d'incompétence vécu par les intervenants, un manque de formation sur les troubles mentaux, une vision pessimiste du rétablissement de la personne, la croyance que la personne soignée n'est pas un partenaire dans les soins, une fatigue de compassion, un manque de temps pour donner les soins et des expériences personnelles négatives associées aux troubles mentaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). La stigmatisation peut se manifester de différentes manières, comme par l'utilisation d'un langage condescendant ou dénigrant, l'évitement de la personne atteinte, l'utilisation d'étiquettes pour la décrire (ex. les TPL sont comme ceci ou cela), la minimisation de ses propos tenus ou de ses symptômes physiques, l'emploi de la violence physique ou psychologique, la perte d'espoir quant à son pronostic,

rétablissement ou potentiel, etc. Elle peut aussi entraîner plusieurs conséquences négatives, comme freiner l'accès aux soins, réduire la qualité de vie des individus concernés, aggraver les symptômes des différents troubles expérimentés, briser la confiance envers les intervenants, freiner la demande d'aide de la personne souffrante, etc. (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2025a; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

Par exemple, dans l'étude Lam et al. (2016), des cliniciens en santé mentale (p. ex. psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, infirmière en psychiatrie communautaire et étudiants en santé mentale) entretenaient des stéréotypes plus négatifs à propos des personnes ayant un TPL. Ils croyaient qu'elles étaient plus à risque de s'automutiler en comparaison aux personnes ayant un autre trouble mental. En réaction à ces situations, les personnes vivant avec un TPL peuvent minimiser la sévérité de leur automutilation et leurs tentatives de suicide par peur d'être exclues des services (Carrotte et al., 2019). Leur recherche d'aide professionnelle dans le système de santé peut aussi être retardée par crainte d'être stigmatisées (Proctor et al., 2021). La stigmatisation conduit à un cercle vicieux de délais dans l'entrée des services, elle occasionne des interventions moins efficaces et elle cause des taux de rechute plus élevés. Tout cela renforce les attitudes négatives des professionnels de la santé et contribue à l'autostigmatisation des personnes atteintes (Sartorius, 2007). De plus, la stigmatisation en santé mentale est particulièrement présente dans certains milieux de soins québécois.

Une métasynthèse, réalisée récemment par l'équipe de Stiles et al. (2023), a identifié cinq thèmes pour décrire les expériences de stigmatisation et de discrimination vécues par les personnes ayant un TPL. Le premier thème concernait la réticence des professionnels de la santé à diagnostiquer la personne vivant avec un TPL et à l'informer de son diagnostic. Le deuxième thème portait sur la marginalisation de cette population par les professionnels de la santé en raison de leur diagnostic. Le troisième thème exposait l'impact négatif du diagnostic sur leur image et leur estime de soi. Le quatrième thème détaillait le désespoir qu'elles vivent autour de la permanence du diagnostic. Finalement, le cinquième thème explorait leur sentiment d'être un fardeau.

De plus, les perceptions négatives des symptômes du TPL par les travailleurs en santé mentale affectent leurs attitudes à l'égard de cette population (McKenzie et al., 2022). Il a été établi dans l'étude de Markham et Trower (2003) que les infirmières peuvent croire que les symptômes du TPL sont plus stables, donc moins à risque de s'améliorer que les symptômes de dépression ou de schizophrénie. Une perception négative des symptômes du TPL, comme les tendances suicidaires des patients étaient aussi principalement responsables des attitudes cognitives négatives des professionnels de la santé envers cette population dans l'étude de Bodner et al. (2011). De plus, les croyances négatives à propos du traitement du TPL ont une influence négative sur les attitudes des travailleurs en santé mentale envers les personnes vivant avec un TPL (McKenzie et al., 2022). Par exemple, plusieurs études ont démontré que les travailleurs avaient des prédictions plus négatives sur l'alliance thérapeutique avec les patients ayant un TPL comparativement à ceux ayant un autre diagnostic (Bourke & Grenyer, 2013).

Dans une autre recherche, Bodner et al. (2015) a suggéré que les attitudes négatives des infirmières pourraient être expliquées par le fait qu’elles soignent plus de patients vivant avec un TPL que d’autres professionnels. Par exemple, dans la recherche de Baker et Beazley (2022), une exposition plus grande aux patients ayant un TPL était associée à des attitudes plus positives envers cette clientèle. Cependant, d’autres études ont démontré le contraire (Bowers & Allan, 2006; Dakkak El Chami & Bouchard, 2022; Egan et al., 2014; Lanfredi et al., 2019; Treloar & Lewis, 2008a). En effet, dans une étude québécoise sur l’effet d’une formation abordant le TPL sur les attitudes des professionnels envers les personnes vivant avec un TPL, une exposition plus fréquente à des clients présentant cette problématique exerçait une influence positive sur leurs attitudes. Le volume plus important de clients présentant un TPL était la variable ayant le plus d’influence positive sur les attitudes (Dakkak El Chami & Bouchard, 2022). Une autre étude de Egan et al. (2014) a aussi identifié que le fait d’avoir soigné un volume plus élevé de patients ayant un TPL était associé à des attitudes plus positives. Dans l’étude de Treloar et Lewis (2008a), la fréquence des contacts avec les patients vivant avec un TPL n’avait pas d’influence sur les attitudes. Enfin, dans la revue intégrative sur l’expérience des soins donnés à l’urgence aux patients ayant un TPL, le manque de temps des infirmières pour donner de soins adéquats et le fait qu’elles étaient très occupées contribuaient à leurs attitudes négatives envers cette population (J. Miller et al., 2024).

Les années d’expérience de l’intervenant peuvent également influencer leurs attitudes. Les professionnels de la santé plus expérimentés auraient des attitudes plus positives envers les personnes vivant avec un TPL (Bodner et al., 2011; Hauck et al., 2013; Imbeau, Bouchard,

Terradas & Simard, 2014; Lanfredi et al., 2019; Liebman & Burnette, 2013; Treloar & Lewis, 2008a). Par exemple, l'équipe de Lanfredi et al. (2019) a prouvé que les professionnels en santé mentale avec une longue expérience en santé mentale avaient des attitudes plus positives envers cette clientèle. Dans l'étude de Imbeau, Bouchard, Terradas et Simard (2014), il a été établi que les cliniciens moins expérimentés avaient tendance à présenter des attitudes négatives à l'égard des personnes ayant un TPL. Selon ces auteurs, cette situation pourrait s'expliquer par l'acquisition d'outils et de connaissances par les professionnels à force d'expositions répétées auprès de cette clientèle ou par le développement d'un réseau de spécialistes auxquels les professionnels en première ligne peuvent se référer. Cependant, dans l'étude de Dakkak El Chami et Bouchard (2022), les années d'expérience professionnelle des cliniciens (10 ans et plus) n'étaient pas associées à des attitudes plus positives.

Pour l'unité de travail, les résultats des études sont contradictoires. Selon Bodner et al. (2015), certaines caractéristiques du milieu de travail (p. ex. gestion de crise, interactions intenses émotionnellement et sur de longues périodes) influencerait négativement les attitudes des infirmières envers les personnes diagnostiquées avec un TPL. De plus, une recherche réalisée par Treloar et Lewis (2008a) a évalué les attitudes de 140 professionnels de la santé (p. ex. : infirmières, médecins, psychologues, travailleurs sociaux) envers les personnes vivant avec un TPL qui s'automutilent selon leur unité de travail (urgence ou santé mentale). Ils ont utilisé l'instrument de mesure *Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire* (ADSHQ) (Treloar & Lewis, 2008a). Les résultats ont démontré que les cliniciens en santé mentale ont significativement des attitudes plus positives envers ces

patients que ceux qui travaillent à l'urgence. L'unité de travail étant la variable prédictrice des attitudes la plus forte. De plus, une autre revue de la littérature sur le même sujet a conclu que le personnel qui travaille en psychiatrie communautaire et sur les unités de soins psychiatriques avait de meilleures attitudes que le personnel qui travaille en soins généraux en centre hospitalier (Saunders et al., 2012).

Cependant, d'autres études ont observé des phénomènes différents, soit que les infirmières en soins psychiatriques avaient les attitudes les plus négatives envers les personnes vivant avec des troubles mentaux (de Jacq et al., 2016; Hamdan-Mansour & Wardam, 2009; C.-Y. Hsiao et al., 2015; Sévigny et al., 1999). Par exemple, dans l'étude de C.-Y. Hsiao et al. (2015), les auteurs ont rapporté que les infirmières qui travaillent sur des unités de psychiatrie en centre hospitalier démontraient des attitudes plus négatives envers les personnes ayant des troubles mentaux comparativement à celles qui travaillent sur des unités de réadaptation psychiatrique, en communauté ou des consultations externes de psychiatrie. Dans l'étude de Baker et Beazley (2022), les attitudes les plus négatives des cliniciens en santé mentale, à l'égard des personnes vivant avec un TPL, étaient attribuées aux infirmières qui travaillent en psychiatrie.

Un autre de ces facteurs pourrait être lié au manque de soutien clinique offert aux infirmières dans leur pratique ainsi que leur manque de formation sur le TPL (Bowen, 2013; Dickens, Lamont, et al., 2016; Ma et al., 2009; O'Connell & Dowling, 2013). Le manque de formation sur le TPL contribuerait aux attitudes négatives des infirmières envers cette population (Bergman & Eckerdal, 2000; Lawn & McMahon, 2015; Weight & Kendal, 2013).

Plusieurs études soulignent aussi que plus d'éducation sur le TPL et de supervision clinique destinée aux infirmières sont nécessaires (Dickens, Hallett, et al., 2016; James & Cowman, 2007; McGrath & Dowling, 2012; McKenzie et al., 2022; O'Brien & Flöte, 1997; O'Connell & Dowling, 2013; Rizq, 2012; Warrender, 2015). Par ailleurs, les infirmières ont manifesté le désir d'avoir plus de formations sur le TPL (Bergman & Eckerdal, 2000; Bodner et al., 2011; Bodner et al., 2015; Bowen, 2013; Cleary et al., 2002; Hazelton et al., 2006; McGrath & Dowling, 2012; Treloar, 2009; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Lorsque les professionnels de la santé reçoivent de la formation sur le TPL, cela peut améliorer leurs attitudes (Bland et al., 2007; Dakkak El Chami & Bouchard, 2022; Hazelton et al., 2006; Lanfredi et al., 2019; Masland et al., 2018; S. A. Miller & Davenport, 1996; Shanks et al., 2011; Treloar, 2009; Treloar & Lewis, 2008a; Westwood & Baker, 2010). La formation leur permet d'acquérir les compétences pour travailler auprès de cette clientèle (Giannouli et al., 2009). De plus, le soutien clinique comme la supervision améliore la gestion des réactions contre-transférrentielles envers les personnes diagnostiquées avec un TPL (Dickens, Hallett, et al., 2016). La récence de la formation influencerait également les attitudes. Une étude réalisée auprès de psychologues ayant reçu une formation spécialisée sur le TPL a démontré que plus leur formation était récente, plus ils rapportaient des attitudes positives (Egan et al., 2014).

Dans la littérature scientifique, il est aussi possible de trouver différents instruments de mesure qui ont été conçus pour évaluer les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes vivant avec un TPL. Un de ces instruments est l'*Échelle d'attitudes à l'égard*

*des personnes présentant un TPL* (ÉA-TPL) qui a été développé par des chercheurs québécois (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). Il a été retenu dans cette recherche comme outil principal pour mesurer les attitudes des infirmières à l'égard des personnes vivant avec un TPL. L'outil a une structure à deux facteurs, soit l'*Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL* et les *Perceptions positives du TPL*. Le comportement des professionnels de la santé envers avec les personnes présentant un TPL est donc influencé à la fois par leurs sentiments et leurs pensées à l'endroit des personnes présentant un TPL. Les propriétés psychométriques de cet instrument de mesure seront présentées dans le chapitre sur la méthodologie.

Au Québec, il y a eu quelques recherches qui ont examiné les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes ayant un TPL. La principale étude a évalué les attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale envers les personnes ayant un TPL à l'aide de l'ÉA-TPL (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014). Au total, 40 résidents en médecine familiale et 35 médecins omnipraticiens ont participé à l'étude. Les résultats obtenus à l'ÉA-TPL ont été comparés à ceux d'un échantillon de 39 professionnels en santé mentale (p. ex. : travailleurs sociaux, infirmières, intervenants psychosociaux) ayant participé à la validation préliminaire de l'ÉA-TPL. Il a été établi que les médecins de famille entretiennent des attitudes négatives envers le TPL et qu'ils se sentent peu outillés et confortables face à ces patients. Les résidents en médecine familiale endosseraient aussi des attitudes similaires à celle des professionnels en santé mentale envers cette population (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014).

La deuxième étude a évalué l'impact d'une formation sur les troubles de la personnalité sur les attitudes des professionnels de la santé mentale québécois à l'endroit du TPL (Dakkak El Chami & Bouchard, 2022). L'échantillon comprenait des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des ergothérapeutes, des conseillers en orientation, des médecins, des gestionnaires et des coordonnateurs. Cette formation était d'une durée de 12 heures et elle consistait en une introduction aux stratégies d'intervention reconnues efficaces pour les troubles de la personnalité et le trouble de la personnalité limite. Les résultats ont établi qu'une formation sur le TPL améliorait le score global des intervenants à l'ÉA-TPL ainsi qu'aux deux facteurs *Perceptions positives du TPL* et *l'Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL*. La formation générale antérieure sur les troubles de personnalité était également associée à des attitudes plus positives envers le TPL. Par exemple, à la suite de la formation, les participants avaient une augmentation du désir d'avoir plus de clients présentant un TPL et étaient moins découragés à l'idée de recevoir un nouveau cas de TPL. Toutefois, l'effet de la formation était moins grand sur les personnes dont le milieu de travail n'offrait pas nécessairement de services en santé mentale et sur celles âgées 40 ans et plus. De plus, une équation de régression significative a identifié que les connaissances acquises au Cégep ou à l'université sur les troubles de la personnalité, la connaissance d'au moins un des modèles de traitement du TPL et le nombre d'heures de formation sur le TPL dans les cinq dernières années prédisaient des attitudes plus positives envers cette clientèle.

Cependant, au Québec, aucune étude n'a évalué les attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL en utilisant l'ÉA-TPL. De plus, aucune étude n'a identifié les

variables prédictives de leurs attitudes envers cette population. Une des seules recherches portant sur ce sujet a été réalisée à Info-santé et consistait à évaluer, à l'aide de vignettes cliniques, les perceptions, les émotions et les comportements des infirmières (Vachon & Leclerc, 2012). Les résultats ont attesté que les infirmières avaient une perception négative de cette clientèle. Par exemple, lorsque les usagers tenaient des propos agressifs, elles avaient l'impression d'être manipulées. Les menaces suicidaires des personnes vivant avec un TPL étaient aussi perçues comme négatives, mais les infirmières comprenaient leur besoin réel d'aide derrière ces comportements. De plus, lors de leurs interventions auprès de cette population, elles ressentaient un mélange d'émotions négatives combinées à une anticipation de ce qui pourrait survenir (p. ex. : anxiété, embarras, méfiance, frustration, sentiment d'être en danger, colère, etc.). De plus, afin de maîtriser la situation, les infirmières pouvaient adopter des comportements défensifs lorsque les usagers faisaient des menaces suicidaires ou du clivage. Finalement, les infirmières souhaitaient se distancier de ces personnes lorsqu'elles ne collaboraient pas aux soins (Vachon & Leclerc, 2012).

Sinon, une autre recherche récente a évalué l'impact d'une formation en ligne intitulée *la Bonne gestion psychiatrique du TPL* d'une durée de 3 heures sur les attitudes d'infirmières psychiatriques envers les personnes ayant un TPL (Daudelin-Peltier et al., 2025). Cette étude a été réalisée auprès d'infirmières qui travaillent à l'Hôpital Monfort en Ontario et elle utilisait un instrument de mesure différent de celui utilisé dans cette recherche, soit *l'Échelle sur les attitudes et croyances des cliniciens*. Les résultats ont démontré une amélioration du score des infirmières à cette échelle 6 mois après la formation. Par exemple, leur sentiment de compétence, leur appréciation du travail et leur volonté de travailler auprès de cette

population avaient augmenté. Les auteurs précisent toutefois qu'ils ne peuvent conclure à des changements de comportements cliniques des infirmières ou une amélioration de la qualité des soins offerts à ces patients.

Enfin, il existe d'autres variables qui peuvent également influencer leurs attitudes envers cette clientèle, comme l'empathie de l'infirmière, sa personnalité et sa motivation. Elles seront explorées dans les prochaines sections.

## 2.10 Empathie et attitudes

Dans la littérature scientifique, la définition de l'empathie est ambiguë en raison d'un manque de clarté du concept et du manque d'instruments de mesure fiables pour l'évaluer (Hojat et al., 2018). En réponse à cette situation, une équipe de chercheurs a réalisé une revue complète de la littérature sur l'empathie dans les soins de santé (Hojat, 2016; Hojat et al., 2001), ce qui lui a permis de développer l'instrument de mesure *The Jefferson Scale of Physician Empathy* (Hojat et al., 2001). Cet instrument de mesure a été sélectionné pour cette recherche afin de mesurer l'empathie des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL. Il sera détaillé davantage dans le chapitre *Méthodologie de la recherche*. Les auteurs de l'outil ont défini l'empathie comme un attribut principalement *cognitif* (plutôt qu'affectif ou émotionnel) qui implique une *compréhension* (plutôt que le sentiment) de la douleur et de la souffrance du patient combinée à une capacité à lui *communiquer* cette compréhension et *son intention de l'aider* (Hojat, 2016; Hojat et al., 2013). Elle est différente de la sympathie, qui est principalement une réaction émotive qui permet de ressentir intensément la souffrance et de la douleur du patient (Hojat, 2016; Hojat et al., 2018). L'empathie permet de

comprendre l'autre dans sa souffrance sans jamais se perdre de vue comme individu à part entière.

L'empathie est importante pour le développement d'une relation thérapeutique positive, puisqu'elle permet aux patients de se sentir compris, en sécurité et capable de révéler des informations personnelles aux thérapeutes (Greenberg et al., 2001). Elle favorise l'engagement et l'alliance dans le processus de soins, car elle aide le patient à se sentir encouragé et apaisé. À travers des signaux verbaux et non verbaux, les patients informent les soignants de leurs besoins. En réponse, les professionnels de la santé empathiques démontrent aux patients que leurs problèmes et leurs besoins sont compris et reconnus (Fields et al., 2004).

Cette relation est aussi au cœur de la pratique infirmière en santé mentale (Dziopa & Ahern, 2008; Fields et al., 2004; Langley & Klopper, 2005; Romeu-Labayen et al., 2022; Zugai et al., 2015). Des entrevues ont été réalisées par Gunasekara et al. (2014) auprès de personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie ainsi qu'avec des infirmières en santé mentale afin de déterminer les caractéristiques d'une pratique exemplaire en santé mentale. Les participants ont nommé plusieurs qualités personnelles essentielles de l'infirmière, telles que son acceptation, sa compassion, son autocritique, sa passion pour les soins infirmiers en santé mentale, son attitude d'espoir et son empathie (Gunasekara et al., 2014). Par ailleurs, Dziopa et Ahern (2008) ont identifié l'empathie comme une des composantes d'une relation thérapeutique de qualité dans la pratique infirmière en santé mentale. De plus, l'équipe de

C.-Y. Hsiao et al. (2015) a établi que les infirmières qui font preuve d'empathie expriment des attitudes plus positives envers les personnes atteintes de troubles mentaux.

Par rapport aux personnes vivant avec un TPL, plusieurs attitudes de l'infirmière qui améliorent la relation thérapeutique ont été identifiées telles que sa confiance dans le rétablissement de la personne, son attitude de non-jugement, son sens de l'humour, sa disponibilité et son humanité (Romeu-Labayen et al., 2022). Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2025c), l'humanité permet l'empathie et l'attention à l'autre dans son unicité (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025c). De plus, comme expliquée par Vachon et Leclerc (2012), la relation thérapeutique avec les usagers ayant un TPL est un processus circulaire basé sur la confiance où les comportements d'un individu influencent ceux de l'autre personne et vice versa.

En conclusion, concernant l'empathie des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL, plusieurs études ont démontré qu'elles ont moins d'empathie pour cette population. (Black et al., 2011; Bodner et al., 2011; Fraser & Gallop, 1993; C.-Y. Hsiao et al., 2015; McGrath & Dowling, 2012; Westwood & Baker, 2010). Par exemple, Bodner et al. (2011) ont développé deux instruments de mesure qui évaluaient les attitudes cognitives et émotionnelles de différents professionnels de la santé (infirmières, psychologues et psychiatres) envers les personnes ayant un TPL. L'échelle qui mesurait les attitudes cognitives comprenait trois facteurs (les traitements requis, les tendances suicidaires et le jugement antagoniste). Quant à l'échelle qui mesurait les attitudes émotionnelles, elle comprenait également trois facteurs (les émotions négatives, les difficultés expérimentées

dans le traitement et l'empathie). Il a été démonté que les infirmières avaient le niveau le plus faible d'empathie envers les personnes ayant un TPL comparativement aux psychologues et aux psychiatres (Bodner et al., 2011). Dans une autre recherche réalisée par McGrath et Dowling (2012), la majorité des infirmières exprimaient un faible niveau d'empathie envers les patients ayant un TPL. Plusieurs d'entre elles trouvaient difficile d'interagir, de traiter et de démontrer de l'empathie à ces patients.

En résumé, l'empathie est un processus cognitif qui permet de comprendre la souffrance d'un patient et de la lui communiquer. Elle est essentielle au développement d'une relation thérapeutique positive, puisqu'elle aide le patient à se sentir compris. Elle est perçue comme une qualité essentielle que l'infirmière doit posséder. Il a été aussi établi que les infirmières pouvaient exprimer une faible empathie envers les personnes vivant avec un TPL. La personnalité de l'infirmière peut également influencer ses attitudes envers cette clientèle. Elle sera présentée dans la prochaine section.

## **2.11 Personnalité et attitudes**

Dans la littérature scientifique, plusieurs études se sont intéressées à l'influence des traits de la personnalité des professionnels de la santé sur leurs attitudes envers les personnes diagnostiquées d'un trouble mental (Bizumic et al., 2022; Durmaz & Tastan, 2022; Poretti et al., 2017; Solmi et al., 2022; Welmers-van de Poll et al., 2021; Wolska & Malina, 2020; Q. Yuan et al., 2018). Par exemple, il a été démontré que, selon l'approche du Big Five présentée précédemment dans ce chapitre, le trait de personnalité d'ouverture à l'expérience diminuait la stigmatisation des professionnels de la santé envers les personnes vivant avec

des troubles mentaux (Solmi et al., 2020). De plus, Solmi et al. (2022) a établi que le trait de personnalité ouverture à l’expérience avait un effet positif pour diminuer la stigmatisation d’étudiants en psychologie envers ces patients. Ce trait de personnalité était associé à une meilleure disposition envers des politiques qui évitent les mesures de contention. Une étude réalisée par Q. Yuan et al. (2018) a aussi démontré que l’agréabilité et l’ouverture à l’expérience du professionnel de la santé étaient associés négativement à la stigmatisation envers les personnes souffrant de troubles mentaux (Q. Yuan et al., 2018). Des résultats semblables ont été obtenus par Brown (2012), qui a trouvé que l’ouverture à l’expérience et l’agréabilité des professionnels de la santé étaient associés négativement à la stigmatisation envers cette population après avoir contrôlé la variable exposition antérieure. L’agréabilité et l’ouverture à l’expérience d’un individu prédisent également une meilleure écoute empathique (Sims, 2017). L’ouverture à l’expérience et l’agréabilité du thérapeute corrélaient aussi avec une alliance thérapeutique positive dans une étude de Welmers-van de Poll et al. (2021), tandis que le neuroticisme, l’extraversion et la conscienciosité du thérapeute correspondaient à une alliance négative. Des chercheurs ont aussi questionné des patients sur les caractéristiques de la personnalité d’un thérapeute idéal. La stabilité émotionnelle et la conscienciosité du thérapeute étaient les traits de personnalité préférés chez les patients (Russell et al., 2022). Il existe également différents instruments de mesure pour évaluer la personnalité. Un de ces instruments est le *Big Five Inventory à 10 items version française* (BFI-10) (Courtois et al. (2020). Il a été choisi pour cette recherche afin de décrire la personnalité des infirmières. Ses qualités psychométriques seront davantage développées dans le prochain chapitre sur la méthodologie de la recherche.

En résumé, certains traits de la personnalité d'un individu influencent ses attitudes envers les personnes vivant avec troubles mentaux. Des traits tels que l'ouverture à l'expérience et l'agréabilité des intervenants diminueraient la stigmatisation envers cette clientèle et amélioreraient l'alliance thérapeutique. En somme, la motivation de l'infirmière à intervenir auprès des personnes ayant un TPL influencerait aussi ses attitudes. Elle sera détaillée dans la prochaine section.

## 2.12 Motivation des infirmières et attitudes

Il existe une théorie bien connue de la motivation, soit la *Self-determination theory* (Deci & Ryan, 2002; Ryan & Deci, 2017). Les auteurs définissent la motivation comme une force qui conduit une personne à poser des actions axées sur ce qui énergise et donnera une direction à accomplir des tâches (Ryan & Deci, 2017). Elle a été appliquée au contexte du travail par Gagné et Deci (2005). La motivation au travail est représentée sur un continuum entre la motivation autonome, la motivation contrôlée et l'amotivation. La motivation autonome est en haut du continuum. Elle signifie que les raisons pour s'engager dans un comportement proviennent de la personne. La motivation est intrinsèque. Elle survient lorsque les employés exercent un emploi parce qu'ils apprécient les tâches ou en fonction des buts qu'ils se sont fixés. La motivation contrôlée signifie que les raisons pour s'engager dans un comportement sont externes de la personne, c'est-à-dire que la personne œuvre pour des raisons instrumentales. La motivation est extrinsèque. Enfin, l'amotivation est dans le bas du continuum. L'amotivation est le fait de ne pas être motivé pour s'engager dans une activité (Ryan & Deci, 2017).

Il a démontré que la motivation influence la pratique des professionnels de la santé et la qualité des soins donnés (Rowe et al., 2005). Les employés qui se sentent supportés dans leur motivation autonome sont plus satisfaits au travail, ont de meilleures performances, une meilleure organisation dans leurs tâches, ils expérimentent moins d'épuisement et de maladie et donnent des soins de qualité (Almotawa & Shaari, 2021; Farajzadeh & Nasiri, 2023; Galletta et al., 2016; Ryan & Deci, 2017; Sihag, 2016; Trépanier et al., 2015; Veenstra et al., 2022). En effet, une recherche a mis en évidence une relation significative positive entre la motivation des infirmières et la qualité des soins prodigués (Amalia et al., 2023). Une étude réalisée par Farajzadeh et Nasiri (2023) a également permis d'établir que les gestionnaires en soins infirmiers pouvaient maintenir et améliorer la motivation des infirmières en portant attention aux facteurs de motivation autonome, ce qui permettrait d'améliorer la qualité de soins.

De plus, il existe d'autres facteurs qui peuvent agir positivement sur la motivation des professionnels de la santé (Avelar Ferreira et al., 2016a; Farajzadeh & Nasiri, 2023). Par exemple, la reconnaissance professionnelle, les accomplissements, les opportunités de développement, les défis, l'environnement de travail, la rémunération, les collègues, les attributs du travail, la stabilité financière, les possibilités d'avancer sa carrière, les conditions de travail adéquates et l'équilibre travail-vie personnelle sont des exemples de facteurs motivationnels (Avelar Ferreira et al., 2016a). Il y a aussi certains facteurs qui diminuent leur motivation, comme des infrastructures inadéquates, les outils de gestion des ressources humaines inadéquats, les relations interpersonnelles, le manque d'opportunités pour

développer sa carrière, les conditions de travail physiques et environnementales, la rémunération et le type de supervision (Avelar Ferreira et al., 2016b).

Concernant la motivation des infirmières qui travaillent auprès des personnes ayant d'un TPL, une revue systématique réalisée sur leur expérience de travail a conclu que, bien que les infirmières soient motivées à les assister, leurs demandes répétées conduisent les infirmières à un épuisement émotionnel affectant la qualité des soins donnés (Nordkamp et al., 2024). Cependant, lorsque les patients vivant avec un TPL reconnaissent les attitudes constructives des infirmières, cela peut les motiver à améliorer leurs soins prodigués à cette clientèle (Romeu-Labayen et al., 2022). Il a été aussi établi que maintenir une attitude professionnelle motivante peut aider ces patients (Treloar & Lewis, 2008b).

Dans ce chapitre, la personnalité normale et pathologique a été définie. Les critères diagnostiques du TPL et les causes du TPL ont été détaillés. Deux modèles conceptuels expliquant les attitudes des intervenants à l'égard des personnes vivant avec un TPL ont été examinés. Selon le *Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL* (référence Aviram 2006, Bouchard 2010), les caractéristiques des patients ayant un TPL provoquent des réactions négatives chez les intervenants sans formation adéquate sur le TPL. Il a été aussi établi que les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes ayant un TPL sont globalement négatives. Ces attitudes peuvent être expliquées par plusieurs facteurs. La stigmatisation de ces patients par les intervenants, leurs perceptions négatives des symptômes du TPL, leurs expériences antérieures de traitement, le nombre de patients ayant un TPL qu'ils ont soignés, leurs années d'expérience, leur unité de travail, leur

manque de formation et de supervision sur le TPL, leur empathie, leur personnalité et leur motivation pourraient expliquer leurs attitudes. Concernant les unités de travail, il a été aussi démontré que les résultats pour l'influence de l'unité de travail sur les attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un TPL sont contradictoires. Certaines études ont identifié que les infirmières qui travaillent en santé mentale avaient des attitudes plus favorables envers cette clientèle, alors que d'autres ont attesté du contraire. La revue de la littérature a aussi démontré un manque de connaissances sur les attitudes des infirmières québécoises envers cette clientèle, puisqu'aucune étude n'a utilisé l'instrument de mesure l'ÉA-TPL et qu'aucune étude n'a contribué à prédire les variables influençant leurs attitudes. Cette recherche est innovante puisque, à notre connaissance, aucune étude québécoise n'a prédit les variables responsables de leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL et aucune étude n'a examiné les différences dans leurs attitudes selon leurs unités de travail. Maintenant que les attitudes des infirmières envers les patients vivant avec un TPL ont été explorées, la prochaine section présentera le but, les questions et les hypothèses de recherche.

### **2.13 Questions et hypothèses**

Le but de la recherche est de prédire les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes ayant un TPL. Pour ce faire, la recherche tentera de répondre à deux questions de recherche soient :

1. Quelles variables prédisent les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL?

2. Existe-t-il des différences sur le plan des attitudes entre les infirmières selon leur unité de travail?

Cette deuxième question de recherche est incluse dans ce mémoire à titre exploratoire, puisque des résultats significatifs non attendus pour la variable attitude selon les unités de travail ont été obtenus lors des analyses statistiques préliminaires. Elles ont donc fait l'objet d'analyses plus approfondies. La principale hypothèse de recherche, basée sur la recension des écrits, est que les **caractéristiques personnelles** (la motivation, l'empathie, la personnalité, etc.) et les **caractéristiques professionnelles** (l'unité de soins, les années d'expérience professionnelle, la formation antérieure sur le TPL, le nombre de patients souffrant d'un TPL soignés dans la dernière année, etc.) des **infirmières** influencerait leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL.



## CHAPITRE 3

### MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### 3.1 Devis

Cette recherche repose sur un devis de recherche quantitative. Le premier objectif repose sur une méthode corrélationnelle prédictive, tandis que le deuxième utilise une méthode d'analyse de variance.

#### 3.2 Participants

Les infirmières incluses dans l'échantillon devaient répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants : a) être membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ; b) être capable de lire et d'écrire en français ; c) ne pas être candidate ou candidat à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ; d) ne pas être infirmière auxiliaire e) avoir deux années d'expérience. Après l'analyse des données, afin d'avoir l'échantillon le plus large possible, nous avons considéré éliminer le critère d'exclusion/inclusion e).

Pour rejoindre notre population cible, nous avons utilisé les listes d'envoi de courriels disponibles auprès des organismes suivants :

1. *Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)*. Pour obtenir une liste de courriels d'infirmières souhaitant participer à un projet de recherche, un document comprenant les critères de sélection des membres a été acheminé au Département du développement et du soutien professionnel de l'OIIQ au mois de juillet 2022. Par la suite, l'OIIQ a transmis par courriel une liste protégée par un mot de passe

comprenant le prénom, le nom, et l'adresse courriel des infirmières membres de l'OIIQ qui répondaient aux critères de sélection de l'échantillon et qui avaient accepté de participer à des projets de recherche. Un courriel d'invitation à participer à la recherche a été acheminé à 2000 infirmières membres de l'OIIQ le 27 septembre 2022 à partir de la liste obtenue (**Annexe 1**).

2. *Association québécoise des infirmières et des infirmiers en santé mentale (AQIISM).*

Une annonce publicitaire gratuite présentant le projet de recherche a été publiée sur le site Facebook de l'AQIISM au mois de septembre 2022 (**Annexe 3**). Par la suite, le 16 novembre 2022, un courriel a été envoyé à l'ensemble des membres de l'AQIISM via leur liste d'envoi qui rejoint 2900 infirmières (**Annexe 2**).

3. *Université du Québec à Rimouski (UQAR).* En septembre 2022, un courriel d'invitation à participer à la recherche a été envoyé à 4140 étudiantes et étudiants en sciences infirmières du réseau de l'Université du Québec (UQ) (**Annexe 1**). Il a été partagé avec l'aide des secrétaires du département des sciences de la santé de l'UQAR et des directrices de la maîtrise en sciences infirmières du réseau de l'UQ.

En plus d'avoir établi un plan de recrutement exhaustif (OIIQ, AQIISM, réseau de l'UQ), pour maximiser un taux de réponse élevé, la participation à un concours pour gagner un iPad a été proposée à la fin du sondage. Le financement du prix provient des fonds de recherche du directeur. La participation au sondage est volontaire et les coordonnées des participants ont été obtenues sur un site internet externe au sondage, soit un sondage *Google Form*.

### **3.3 Description de l'échantillon**

Pour obtenir des résultats statistiquement significatifs, un calcul de la taille d'échantillon requise a été calculé avec l'application G\*Power. Afin d'obtenir une taille d'effet de 0,10 avec un risque d'erreur alpha de 0,05 pour une puissance de 0,95 sur l'analyse de régression multiple, un total minimum de 110 personnes était requis. Au terme de l'étude, 540 personnes ont cliqué sur le lien conduisant au site *Lime Survey* sur lequel était déposé les questionnaires de cette étude. De celles-ci, 313 personnes ont rempli l'ensemble des questionnaires. Dix personnes ont dû être retirées de l'échantillon puisqu'elles mentionnaient être candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) (n=4), infirmière auxiliaire (n=2) ou parce qu'elles n'ont pas confirmé leur statut d'infirmière (n=4). L'échantillon final comprend 303 infirmières et infirmiers.

Comme présenté dans le tableau 1, les différents groupes d'âge sont présents dans l'échantillon. La majorité des participants sont âgés de 18 à 49 ans (85,2%). De plus, c'est une majorité de femmes qui a répondu aux questionnaires (90,4%). De plus, le tableau 1 illustre la répartition des participants selon leur région administrative de travail. Il est possible de constater que toutes les régions du Québec sont incluses dans l'échantillon et que plusieurs infirmières travaillent en milieux urbains (Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Outaouais, Montérégie, Laurentides, Lanaudière) (51,3 %). La majorité des répondants détiennent aussi un diplôme universitaire en sciences infirmières (75,5 %). Le baccalauréat en sciences infirmières est détenu par 52,2 % de l'échantillon et un diplôme de cycles supérieurs en sciences infirmières est détenu par 23,3% de l'échantillon.

Tableau 1

**Âge, sexe, régions administratives de travail et niveau de scolarité  
des infirmières et des infirmiers**

Âge	Fréquence	Pourcentage %
18-29 ans	82	27,2
30-39 ans	102	33,8
40-49 ans	73	24,2
50-59 ans	32	10,6
60-69 ans	9	3,0
70 ans et plus	2	0,7
Je préfère ne pas répondre	2	0,7
<hr/>		
Sexe		
Femme	273	90,4
Homme	29	9,6
<hr/>		
Régions		
Bas-Saint-Laurent	17	5,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	12	4,0
Capitale-Nationale	50	16,7
Mauricie	16	5,3
Estrie	27	9,0
Montréal	45	15,0
Outaouais	9	3,0
Abitibi-Témiscamingue	5	1,7
Côte-Nord	5	1,7
Nord-du-Québec	8	2,7

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8	2,7
Chaudière-Appalaches	27	9,0
Laval	4	1,3
Lanaudière	15	5,0
Laurentides	16	5,3
Montérégie	31	10,3
Centre-du-Québec	5	1,7
<hr/>		
Niveau de scolarité		
Collégial	71	23,6
Baccalauréat	157	52,2
Diplôme ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat	23	7,6
Maîtrise	45	15,0
Doctorat	2	0,7
<hr/>		

Comme présenté dans le tableau 2, les infirmières travaillent dans des milieux variés.

Le principal milieu des participants de l'échantillon est le centre hospitalier (CH) (38,4%). Il est suivi par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (19,9%) et par le Centre local de services communautaires (CLSC) (15,2%). Par ailleurs, il est possible de constater dans le tableau 2 que les infirmières travaillent dans différentes unités de soins. L'unité de soins la plus fréquente est l'unité en santé mentale (26,15 %) suivie par l'urgence (15,2%) et la santé communautaire (12,2 %). La catégorie « Autre » du tableau 2

regroupe diverses unités de soins non mentionnées dans le questionnaire, telles que l'unité d'oncologie, d'hémodialyse, de cardiologie, etc.

Tableau 2

Milieux de travail et unités de soins des infirmières

Milieux	Fréquence	Pourcentage %
CH : centre hospitalier	116	38,4
CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée	12	4,0
CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux	20	6,6
CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	60	19,9
CLSC : centre local de services communautaires	46	15,2
CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	0,3
CR : centre de réadaptation	2	0,7
GMF : groupe de médecine familiale	1	0,3
Multisites	10	3,3
RI et RTF : ressources intermédiaires et ressource de type familial	1	0,3
RPA : résidence privée pour aînés	1	0,3
Autre	24	7,9
Je préfère ne pas répondre	8	2,6
Unités de soins		
Bloc opératoire/Unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil)	2	0,7

Clinique/centre de vaccination COVID-19	4	1,3
Unité de médecine	20	6,6
Unité de chirurgie	10	3,3
Urgence	46	15,2
Obstétrique	9	3,0
Pédiatrie	4	1,3
Santé communautaire	37	12,2
Santé mentale	79	26,1
Santé publique	4	1,3
Service Info-santé 811	14	4,6
Soins de longue durée/Gériatrie	15	5,0
Soins intensifs	4	1,3
Clinique privée	4	1,3
Autre	50	16,5
Clinique de dépistage de la COVID-19	1	0,3

Le tableau 3 présente les horaires de travail des participants. Il est possible d'observer que la majorité des infirmières travaillent à temps plein (66,3 %) et sur le quart de jour (64,7%).

Tableau 3

Horaire de travail des infirmières

Horaire	Fréquence	Pourcentage %
Temps plein	201	66,3
Temps partiel	78	25,7

Employé(e) sur une liste de rappel	10	3,3
Autre	14	4,6
Quart	Fréquence	Pourcentage %
Jour	196	64,7
Soir	48	15,8
Nuit	28	9,2
Rotation jour/soir/nuit	29	9,6
Je préfère ne pas répondre	2	0,7

Enfin, tel que présenté dans le tableau 4, le nombre moyen d'heures supplémentaires travaillées par semaine dans les six derniers mois par les infirmières de l'échantillon est de 7,31 heures. La moyenne de leur ancienneté auprès de leur employeur est de 7,94 années et la moyenne de leurs années d'expérience dans la profession infirmière est de 13,7 années. De plus, 74 participants ont suivi, au cours des dernières années, une formation spécialisée sur le TPL pour une moyenne de 1,22 formation (0,98) suivie par 24,42% des participants. De plus, 303 participants ont mentionné avoir travaillé auprès d'une personne ayant un TPL au cours de la dernière année pour une moyenne de 84,9%.

Tableau 4

Heures supplémentaires, ancienneté, années d’expérience, formations antérieures sur le TPL et intervention auprès des personnes ayant un TPL des infirmières

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Heures supplémentaires	294	7,31	12,56	0	80,0
Ancienneté	299	7,94	6,82	0	39,0
Années d’expérience	299	13,7	9,46	0,5	44,0
Nombre de formations sur le TPL	74	1,22	0,98	0	4

### 3.4 Certificat d’éthique

Cette étude a obtenu un certificat d’éthique du CER de l’UQAR le 9 juin 2022 (CER-122-985), lequel a été renouvelé pour une nouvelle année le 8 juin 2023, le 8 juin 2024 et le 28 avril 2025.

### 3.5 Questionnaires

L’accès aux questionnaires a été rendu possible sous la forme d’un sondage en ligne réalisé sur la plateforme *Lime Survey* hébergée par l’UQAR, donc sur des serveurs sécurisés respectant la législation québécoise. Il s’agit d’une plateforme sécurisée avec une vérification de l’identité en deux étapes. Les seules personnes ayant eu accès aux résultats anonymes sont l’étudiante-rechercheuse et le directeur de mémoire. Cette application permet de réaliser des enquêtes statistiques en publiant des questionnaires en ligne. Le questionnaire a été construit

en étapes pendant les mois de mai à septembre 2022 avec l'aide d'un membre du laboratoire qui avait de l'expérience dans la conception de sondages sur cette plateforme. À la fin du mois de septembre 2022, une version prétest du questionnaire a été expérimentée auprès de dix infirmières et infirmiers qui étudiaient ou qui travaillaient à l'UQAR. Après les modifications apportées au sondage à la suite des commentaires reçus, le sondage a été lancé officiellement en ligne à la fin du mois de septembre 2022.

La structure du sondage est divisée en cinq questionnaires à remplir (**Annexe 4**). Ces questionnaires permettront de recueillir des informations sur les variables sociodémographiques des infirmières, leurs attitudes à l'égard des personnes vivant avec un TPL, leur empathie ainsi que leur personnalité.

*Formulaire de consentement (Annexe 4)* : Il contient deux sections : la section A *Renseignements aux participants* et la Section B *Consentement*. Les infirmières devaient obligatoirement cocher la case *J'accepte* au bas du formulaire, ce qui leur permettait d'accéder au sondage.

*Questionnaire sociodémographique (Annexe 4)*: Il a permis d'obtenir les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières de l'échantillon. Il contient des questions à réponse unique (une seule réponse parmi des réponses prédéterminées), avec une entrée numérique (inscrire seulement un chiffre), à réponse courte (inscrire un court texte) ou à choix multiples. La réponse aux questions est optionnelle afin de respecter le droit de ne pas répondre à une question, peu importe le motif. Il comprend une vingtaine de questions qui évaluent différentes caractéristiques des participants de l'échantillon, telles que

l'âge, le sexe, la région de travail, le milieu de travail, l'unité de soins, le titre d'emploi, le statut d'emploi, l'horaire de travail, le quart de travail habituel, les heures supplémentaires travaillées par semaine, le niveau de scolarité, le cheminement scolaire, les années d'expérience dans la profession infirmière, l'ancienneté dans l'établissement de soins actuel, les formations suivies sur le TPL dans les dernières années, l'intervention auprès de personnes vivant avec un TPL dans la dernière année et la motivation à travailler auprès de cette clientèle.

*Échelle des attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de la personnalité limite (ÉA-TPL) (Annexe 4).* Il a été présenté dans le chapitre recension des écrits. En rappel, c'est un outil francophone qui permet de mesurer les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes ayant un TPL (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). Lors de sa création, l'instrument de mesure a été testé auprès de 416 intervenants en santé mentale qui ont été recrutés lors des journées de formation offertes par le centre de traitement de Faubourg Saint-Jean de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Il comprend vingt items. Les réponses sont formulées à l'aide d'une échelle de type Likert en neuf points qui va de moins quatre (-4) *totalement en désaccord* à quatre (4) *totalement en accord* et zéro (0) signifiant *indécis*. Les items suivants sont inversés 2, 12, 14, 18 et 19 : -4=9, -3=8, -2=7, -1=6, 0=5, 1=4, 2=3, 3=2 et 4=1. Les réponses sont ensuite additionnées pour donner un score total (max.=180 et min=20). Un résultat élevé indique des attitudes positives envers les personnes vivant avec un TPL. L'analyse factorielle a révélé deux facteurs, soient *l'Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL* (max. 81) et les *Perceptions positives du TPL* (max. 99). Les qualités psychométriques de l'ÉA-TPL sont bonnes. L'instrument de

mesure possède une bonne validité de contenu puisqu'une revue de la littérature a été réalisée sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes ayant un TPL avant de concevoir l'échelle. De plus, des professionnels de la santé experts en trouble de la personnalité ont été consultés sur la validité de contenu des items. Une analyse factorielle a aussi été réalisée. Les corrélations interitems de l'ÉA-TPL sont également adéquates. En somme, la cohérence interne de l'instrument de mesure est satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,79.

*Échelle d'empathie de Jefferson pour professionnels de la santé (JSPE HP- version R traduction française) (Annexe 4)* : Cet instrument de mesure est très utilisé pour évaluer l'empathie dans le contexte de soins donnés aux patients par des professionnels de la santé. La première version de l'instrument de mesure a été développée en 2001 par des chercheurs de l'Université Thomas Jefferson (Hojat et al., 2001). Elle était conçue pour les médecins seulement. Par la suite, de nouvelles versions du questionnaire ont été créées et destinées aux professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins. La traduction française du questionnaire a été réalisée par Cécile Michaud, professeure à l'Université de Sherbrooke en 2017. Il contient vingt items. Le participant doit répondre à au moins seize items sur vingt pour que ses réponses soient comptabilisées, sinon sa participation au questionnaire est exclue. Les réponses sont formulées à l'aide d'une échelle Likert de 7 points (1 : Fortement en désaccord, 7 : Fortement en accord). Pour calculer le score total, le résultat des énoncés 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19 est inversé. Le score total est composé de la somme des énoncés (maximum 140). Plus le résultat est élevé, plus la personne adopte un comportement d'empathie.

De plus, les qualités psychométriques de *l'Échelle d'empathie de Jefferson pour professionnels de la santé (HP-version R)* (**Annexe 4**) sont bonnes. L'instrument de mesure possède une bonne validité de contenu puisqu'une revue de la littérature complète a été réalisée sur le concept d'empathie dans le contexte d'une relation thérapeutique médecin/patient. De plus, un groupe d'experts constitué de 100 médecins cliniciens/académiciens ont été consultés en utilisant la technique Delphi afin de statuer sur la validité de contenu des items. En plus, une analyse factorielle exploratoire a été réalisée. Un facteur principal a été identifié, soit l'empathie. Les études réalisées ont également démontré une bonne validité discriminante et convergente du JSPE HP- version R lorsque comparées à plusieurs autres instruments de mesure. En conclusion, l'instrument de mesure possède une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,89.

*Big Five Inventory à 10 items version française (BFI-10)* (**Annexe 4**) : Il s'agit de l'adaptation française en format très court du *Big Five Inventory* (BFI) (version longue : 44 items) qui comprend dix items développés par Rammstedt et al. (2013). La version française a été validée par Courtois et al. (2020). Comme mentionné précédemment dans le chapitre précédent, ce questionnaire est utilisé pour évaluer la personnalité selon cinq traits de personnalité : Ouverture, caractère consciencieux, extraversion, agréabilité et névrosisme, ce qui forme l'acronyme OCÉAN. Chaque lettre comprend une série de termes synthétiques, soient **O** (ouverture, originalité, ouverture d'esprit), **C** (conscience, contrôle, contrainte), **E** (extraversion, énergie, enthousiasme), **A** (agréabilité, altruisme, affection) et **N** (émotions négatives, névrosisme, nervosité). Il est devenu une référence pour l'évaluation des traits

normaux de personnalité et il est l'un des questionnaires les plus utilisés dans le monde en clinique comme en recherche.

Un participant doit répondre à chacun des items sur une échelle Likert de cinq points (1 : désapprouve fortement, 2 : désapprouve un peu, 3 : n'approuve ni ne désapprouve, 4 : approuve un peu et 5 : approuve fortement) en lien avec le trait de personnalité décrit. Le résultat correspond à la moyenne de la somme des deux items pour chaque trait de personnalité. Il faut également inverser le résultat pour les items 1, 2, 4, 8 et 10. Plus le score est élevé, plus le domaine de la personnalité est fort. De plus, les qualités psychométriques du BFI-10 sont bonnes. En effet, les dix items inclus dans l'instrument de mesure ont été sélectionnés après une analyse factorielle. La stabilité test et retest à deux semaines est satisfaisante. Elle varie de 0,68 pour l'Ouverture d'esprit à 0,86 pour l'Extraversion. Les corrélations entre les échelles de deux items du BFI-10 et les échelles complètes du BFI-Fr sont élevées selon les critères de Cohen et varient de 0,73 pour l'Agréabilité et 0,86 pour le Névrosisme. Enfin, les corrélations entre les échelles du BFI-10 et les cinq grands domaines du NEO PI-R sont moins élevées. Elles varient de 0,54 pour l'Agréabilité à 0,64 pour le Caractère consciencieux.

### **3.6 Analyse des données**

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 28. Des analyses paramétriques ont été pratiquées pour confronter les hypothèses de recherche, soient une régression linéaire multiple (RLM) ainsi qu'une analyse de variance (ANOVA). Les analyses descriptives, pour leur part, ont consisté en des analyses de fréquence et de

moyennes. Les données ont été explorées afin d'éliminer les réponses aberrantes pouvant nuire à la normalité des résultats. Ensuite, l'analyse de voussure (Kurtosis) de la courbe ainsi que de son asymétrie (Skewness) a permis de confirmer la normalité de la distribution et l'homogénéité des données. En plus du grand échantillon, ces analyses préliminaires ont permis de réaliser des analyses paramétriques (Sanders & Allard, 1992).



## CHAPITRE 4

## RÉSULTATS

Ce chapitre présentera les principaux résultats de la recherche. En rappel, le but de la recherche est de prédire les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes ayant un TPL. La principale hypothèse de recherche, basée sur la recension des écrits, est que les **caractéristiques personnelles** (la motivation, l'empathie, la personnalité, etc.) et les **caractéristiques professionnelles** (l'unité de soins, les années d'expérience professionnelle, la formation antérieure sur le TPL, le nombre de patients souffrant d'un TPL soignés dans la dernière année, etc.) des **infirmières** influencerait leurs attitudes envers les personnes vivant avec un TPL.

### 4.1 Analyses descriptives

#### Attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL

Comme présenté au tableau 5, il est possible de constater que la moyenne de l'échantillon à *l'Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un TPL* (ÉA-TPL) (voir Annexe 4) est de 118,66 (21,64), ce qui correspond au 79<sup>e</sup> percentile selon Imbeau, Bouchard, Terradas et Villeneuve (2014). Le score maximal possible pour cet instrument de mesure est de 180. Un score élevé à l'ÉA-TPL indique des attitudes positives envers les personnes ayant un TPL. Les infirmières de notre étude ont donc des attitudes plus favorables

envers les personnes vivant avec un TPL que 79% des professionnels de la santé qui ont répondu au questionnaire dans sa version préliminaire lors du développement de l'instrument de mesure. Les attitudes sont donc considérées, avec ce score qui se situe dans la moyenne supérieure, comme étant relativement positives, puisqu'un score de 85,5 départagerait une évaluation plutôt positive d'une évaluation plutôt négative (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014). L'ÉA-TPL est également une échelle multidimensionnelle composée de deux échelles: l'*Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL (Aisance)* et les *Perceptions positives de la personne ayant un TPL (Perception)*. Plus spécifiquement, à l'échelle *Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL*, la moyenne de l'échantillon est de 46,87 (9,86) sur un score total possible de 81. Selon notre interprétation, les participants de l'étude auraient donc une aisance moyenne à intervenir auprès de cette population. Pour l'échelle *Perceptions positives du TPL*, la moyenne de l'échantillon est de 71,85 (14,85) sur un score total possible de 99. Les participants auraient donc une perception relativement positive des personnes ayant un TPL. L'analyse en percentiles pour les scores à ces deux facteurs n'était cependant pas disponible dans l'étude de validation de l'ÉA-TPL (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). À la lumière de ces résultats, les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL sont relativement favorables. De plus, les infirmières de l'échantillon rapportent un certain inconfort à intervenir auprès de cette clientèle malgré qu'elles les perçoivent relativement positivement.

Tableau 5  
Résultat total à l'ÉA-TPL des infirmières

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Attitudes (Maximum 180)	118,66	21,64	63	163
Aisance (Maximum : 81)	46,87	9,86	26	67
Perception (Maximum :99)	71,85	14,31	33	99

Un test T des échantillons appariés a aussi été réalisé sur les variables *Aisance* et *Perception*. Les résultats mettent en évidence une différence statistiquement significative, chez les infirmières, entre les deux échelles ( $t = -33.47$ ;  $p \leq 0.01$ ), la différence étant de 24,95 points en faveur de l'échelle *Perception*. Ce résultat permet de conclure que les infirmières ont une meilleure perception des personnes vivant avec un TPL que leur aisance d'intervenir auprès de cette clientèle qui est plus faible.

Le tableau 6 présente le niveau de motivation des infirmières à travailler auprès des personnes ayant un TPL. La moyenne de leur motivation est de 4,79 (2,56) sur un résultat total maximum de 10. Une moyenne de 4,79 à cette échelle suppose que les participants sont « moyennement » motivés à intervenir auprès de cette clientèle. Ce résultat permet aussi de constater que près de 30% d'entre eux ont répondu qu'ils avaient une faible motivation à travailler auprès des personnes souffrant d'un TPL (résultat 0 à 3), que près de 40% d'entre eux ont répondu qu'ils avaient une motivation moyenne à travailler auprès de ces personnes

(résultat 4 à 6) et que 30% d'entre eux ont répondu qu'ils étaient motivés à travailler auprès de ces patients (résultat 7 à 10). On remarque ici que près du tiers des infirmières sont démotivées à travailler auprès des personnes vivant avec un TPL.

Tableau 6

Niveau de motivation des infirmières à travailler auprès des personnes ayant un TPL et fréquence de réponse sur l'échelle 0-10

Motivation	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Niveau de motivation (Maximum : 10)	4,79	2,56	0	10
Résultat sur l'échelle (0-10)	Fréquence	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	
0	21	7,3	7,3	
1	12	4,2	11,5	
2	26	9,1	20,6	
3	31	10,8	31,5	
4	19	6,6	38,1	
5	76	26,6	64,7	
6	23	8,0	72,7	
7	32	11,2	83,9	
8	28	9,8	93,7	
9	8	2,8	96,5	
10	10	3,5	100,0	
Total	286	100		

Comme présenté au tableau 7, il est également possible de constater que la moyenne à l'*Échelle d'empathie de Jefferson* (**Annexe 4**) est de 115,43 (10,21) sur un score total possible de 140. La moyenne de l'échantillon s'approche de celle obtenue lors de la normalisation de l'outil par l'auteur, qui était de 120 (11,9). Un résultat élevé à l'*Échelle d'empathie de Jefferson* indique un comportement empathique des infirmières envers les personnes qu'elles soignent. Un résultat de 115,43 dépasse le 25<sup>e</sup> percentile selon les données normatives (Hojat et al., 2001). Les participants de l'échantillon démontrent un niveau d'empathie se situant dans la moyenne inférieure. De plus, le faible écart-type permet de conclure une faible variation du score d'empathie des infirmières de l'échantillon.

Tableau 7

Résultat des infirmières à l'*Échelle d'empathie de Jefferson et au Big Five Inventory pour les traits de personnalité*

Variable	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
<i>Échelle d'empathie de Jefferson</i>	115,43	10,21	77	134
Empathie (Maximum 140)				
<i>Big Five Inventory</i>	6,61	2,3	2	10
Extraversion (Maximum 10)				
Agréabilité (Maximum 10)	7,37	1,8	2	10
Conscienciosité (Maximum 10)	8,82	1,29	3	10

Ouverture à l'expérience (Maximum 10)	7,69	1,86	3	10
Névrosisme (Maximum 10)	5,6	2,15	2	10

De plus, le tableau 7 présente la moyenne obtenue pour chaque dimension de la personnalité mesurée à l'aide du *Big Five Inventory à 10 items* version française (**voir Annexe 4**). En guise de rappel, plus un résultat est élevé au BFI-10, plus le trait de la personnalité est présent. Pour la dimension *Extraversion*, la moyenne de l'échantillon est 6,61 (2,3). Les personnes qui obtiennent un résultat élevé à ce domaine sont extraverties, vives, sociables, sûres d'elles, joyeuses et apprécient les interactions sociales. Les infirmières de l'échantillon semblent concorder à ce trait. Pour la dimension *Agréabilité*, la moyenne de l'échantillon est de 7,37 (1,8). Les personnes qui obtiennent un score élevé à cette dimension sont tolérantes, douces, gentilles, indulgentes, agréables, altruistes et obligeantes, ce qui semble les représenter aussi. Pour la dimension *Conscienciosité*, la moyenne de l'échantillon est 8,82 (1,29), ce qui en fait la moyenne la plus forte obtenue au *Big Five Inventory à 10 items* version française. Les personnes qui obtiennent un résultat élevé à cette dimension sont bien organisées, travailleuses, disciplinées, efficaces, consciencieuses et ordonnées, ce qui semble les décrire. Quant à la dimension *Ouverture à l'expérience*, la moyenne de l'échantillon est de 7,69 (1,86). Les personnes qui obtiennent un résultat élevé à ce trait de personnalité présentent un caractère non conventionnel, créatif, intellectuel et curieux, ce qui pourrait leur correspondre. Finalement, pour la dernière dimension *Névrosisme*, la moyenne

des résultats est de 5,6 (2,15). Les personnes qui obtiennent un résultat élevé à cette dimension sont inquiètes, anxieuses, dépressives, complexées et vulnérables au stress et à la dépression. Les participants de l'échantillon présentent modérément ce trait.

## 4.2 Analyses de régression et de variance

### 4.2.1 Explorations préalables à la régression linéaire multiple

Avant de réaliser la régression linéaire multiple, différentes corrélations ont été calculées pour déterminer les variables à introduire dans l'analyse.

Tableau 8

Corrélations entre les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières et leurs attitudes face aux personnes ayant un TPL

Variables	Score total (attitudes)	p
Âge	0,18**	0,004
Milieu urbain/rural	0,03	0,680
Unité de travail	0,31**	< 0,001
Niveau de scolarité	0,11	0,074
Années d'expérience	0,15*	0,014
Ancienneté	0,01	0,961
Formation sur le TPL	-0,19**	0,003
Intervention auprès personnes TPL	0,07	0,295
Motivation	0,63**	< 0,001
Empathie	0,30**	< 0,001

Extraversion	0,07	0,272
Agréabilité	0,19**	0,002
Conscienciosité	0,05	0,416
Neurotisme	-0,11	0,068
Ouverture	0,13*	0,039

\*\* La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

\* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Pour l’analyse de régression, les variables qui ont été introduites dans le modèle étaient celles avec une corrélation élevée ( $r \geq 0,30$ ), soient l’unité de travail ( $r = 0,31$ ;  $p \leq 0,01$ ), la motivation ( $r = 0,63$ ;  $p \leq 0,01$ ) et l’empathie ( $r = 0,30$ ;  $p \leq 0,01$ ). Les autres variables ont été exclues soit en raison d’une faible corrélation ou d’une absence de corrélation.

#### **4.2.2 Variables prédictives des attitudes des infirmières envers la personne TPL**

Une régression linéaire hiérarchique (RLM) a été effectuée afin d’examiner les variables qui prédisent les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL. La méthode hiérarchique a été utilisée pour l’introduction des variables dans le modèle de la RLM. Cette méthode a été choisie puisque la sélection des variables introduites dans le modèle s’est appuyée sur les données extraites de la littérature scientifique. Dans le modèle 1, la première variable introduite est le niveau d’empathie des infirmières. Dans le modèle 2, la variable motivation est ajoutée au précédent modèle (empathie + motivation). Dans le

modèle 3, la variable unité est ajoutée au deuxième modèle (empathie + motivation + unité).

Le tableau 10 présente la variation de la valeur  $\beta$  selon le modèle.

Tableau 9

Résultats des différents modèles

Variables indépendantes	Modèle 1 $\beta$	Modèle 2 $\beta$	Modèle 3 $\beta$
Empathie	0,257	0,205	0,198
Motivation	-	0,587	0,563
Unité	-	-	0,165

Tableau 10

Résultats de la régression linéaire multiple RLM

Variables indépendantes	$b$	$\beta$	$t$	$R$	$R^2$	$F$	$p$	95% CI
Empathie	0,417	0,198	4,132	0,257	0,066	17,763	<0,001	0,213-0,620
Motivation	4,899	0,563	11,650	0,639	0,408	86,170	<0,001	4,102-5,790
Unité	0,930	0,165	3,427	0,659	0,435	63,829	<0,001	0,369-1,465

Comme présenté dans le tableau 11, l'empathie ( $\beta= 0,198, p <0,001$ ), la motivation de l'infirmière ( $\beta= 0,563, p <0,001$ ) et l'unité de travail de l'infirmière ( $\beta= 0,165, p <0,001$ ) expliquent 44% de la variance totale des attitudes des infirmières envers les personnes vivant

avec un TPL. L'empathie explique 6,6% de la variance, la motivation 34,2% et l'unité de travail 2,7%. Comme pressenties dans la présentation des résultats précédents, il semble évident que plus l'infirmière est empathique, motivée et plus son environnement de travail favorise le contact avec ces patients, meilleures seront ses attitudes envers les personnes ayant un TPL. Cela étant dit, il semble que ce soit la variable de motivation qui soit la plus importante dans cette équation.

#### 4.2.3 Comparaison des résultats à l'ÉA-TPL selon les unités de travail

Le tableau 11 présente le résultat des attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL selon leurs unités de travail. Les autres unités de travail ne sont pas présentes, puisque le nombre d'infirmières qui ont rapporté travailler dans ces unités était faible, donc les analyses statistiques n'ont pas été faites sur ces unités.

Tableau 11

Résultats à l'ÉA-TPL selon les unités de travail des infirmières

Attitudes résultat total	Unités résultats plus élevés	Moyenne	Écart-type	Unités résultats plus faibles	Moyenne	Écart-type
Santé mentale (n=66)	132,47	17,85	Santé communautaire (n=36)	112,79	18,56	
Service Info-santé 811 (n=15)	129,87	23,46	Unité de médecine (n=21)	111,38	19,08	
Soins de longue	124,87	22,41	Urgence (n=45)	105, 84	15,46	

durée/Gériatrie (n=15)						
Aisance	Santé mentale (n=66)	53,24	8,6	Santé communautaire (n=36)	44,67	8,95
	Soins de longue durée/Gériatrie (n=15)	50,1	8,14	Unité de médecine (n=21)	44,62	9,22
	Service Info- santé 811 (n=15)	48,67	10,7	Urgence (n=45)	40,56	7,63
Perception	Service Info- santé 811 (n=15)	81,20	16,96	Santé communautaire (n=36)	68,47	12,74
	Santé mentale (n=66)	79,23	11,99	Unité de médecine (n=21)	66,82	11,15
	Soins de longue durée/Gériatrie (n=15)	75,00	16,85	Urgence (n=45)	65,32	11,9

#### 4.2.4 Différences de groupes sur la variable attitude

L’analyse de variance (ANOVA) pratiquée a révélé des différences significatives de moyennes. La première différence remarquée se situe au niveau du score total d’attitudes obtenu sur l’ÉA-TPL ( $F (6,234) = 10,917, p = 0,001$ ). Ce résultat reflète que les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL varient selon l’unité de travail. Comme présenté au tableau 8, la moyenne la plus basse obtenue à l’ÉA-TPL est celle des infirmières qui travaillent à l’**urgence** avec un résultat de 105,84 (15,46). La moyenne la plus élevée

obtenue à l'ÉA-TPL est celle des infirmières qui travaillent en **santé mentale** avec un résultat de 132,47 (17,85). En conséquence, les différences significatives examinées se situent entre les professionnels de l'**urgence** et ceux qui œuvrent en **santé mentale** (différence : 26,63), à **Info-santé** (différence : 24,03) et **soins longue durée/gériatrie** (différence : 19,03). En résumé, les infirmières qui travaillent en santé mentale ont les attitudes les plus favorables envers les personnes vivant avec un TPL.

La deuxième différence significative de moyennes observées entre les groupes concerne le score d'aisance des infirmières à travailler auprès des personnes souffrant d'un TPL selon l'unité de travail ( $F (6, 239) = 11,120, p = 0,001$ ). Ce résultat confirme que les participants ne présentent pas le même niveau d'aisance à intervenir auprès de cette clientèle selon leur unité de travail. En effet, la moyenne la plus basse sur la dimension aisance de l'*ÉA-TPL* est attribuée aux participants qui travaillent à l'**urgence**, soit 40,6 (7,63). En comparaison, les participants qui travaillent en **santé mentale** ont la moyenne la plus élevée à ce même facteur, soit 53,24 (8,6). En conséquence, les différences significatives de moyennes se situent entre les professionnels de l'**urgence** et ceux qui œuvrent en **santé mentale** (différence : 12,69), en **soins de longue durée/gériatrie** (différence : 9,51), à **Info-santé** (différence : 8,11) et en **santé communautaire** (différence : 4,11). Une analyse exploratoire réalisée a posteriori a permis également de constater que les attitudes s'améliorent ou deviennent davantage positives sur l'échelle aisance plus la personne avance en âge ( $F (3,273) = 4,08, p= 0, 007$ ).

La dernière différence de moyennes significatives examinées sur l'ÉA-TPL est en regard du score de perception ( $F (6, 239) = 7,345, p = 0,001$ ). Ce résultat confirme que les infirmières n'ont pas la même perception des personnes vivant avec un TPL et que cette perception varie selon leur unité de travail. La moyenne la plus faible à ce facteur est attribuée aux infirmières qui travaillent à l'**urgence**, soit 65,32 (11,89). La moyenne la plus élevée à ce facteur revient aux infirmières qui travaillent à **Info-santé** soit 81,20 (16,96). En conséquence, les différences significatives de moyennes se situent entre les professionnels qui travaillent à l'**urgence** et ceux qui travaillent à **Info-santé** (différence : 15,88) et ceux qui travaillent en **santé mentale** (différence : 13,91). En résumé, les infirmières qui travaillent à **Info-santé** et en **santé mentale** ont une perception plus positive des personnes ayant un TPL.



## **CHAPITRE 5**

### **DISCUSSION**

En rappel, l'objectif principal de cette recherche était de prédire les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes ayant un TPL. L'hypothèse de notre étude supposait que les caractéristiques personnelles et les caractéristiques professionnelles des infirmières influencerait leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL. De plus, de manière exploratoire, la seconde question de recherche consistait à savoir si des différences sur le plan des attitudes existaient entre les infirmières selon leur unité de travail. Au terme de la recherche, les résultats ont permis de démontrer que les attitudes des infirmières de l'échantillon envers les personnes ayant un TPL sont relativement favorables. Cependant, elles sont moins à l'aise d'interagir avec cette clientèle malgré leurs perceptions relativement positives. De manière générale, leurs attitudes s'améliorent ou deviennent davantage positives plus la personne avance en âge. En contrepartie, il semble qu'elles soient moins motivées à travailler auprès de cette population. Elles démontrent aussi un niveau d'empathie se situant dans la moyenne inférieure. Sur le plan de leurs traits de personnalité, elles présentent un haut niveau de conscienciosité et un bas niveau de névrosisme. Cependant, leur personnalité ne prédit pas leurs attitudes. De plus, la motivation, l'empathie et l'unité de soins dans laquelle les infirmières travaillaient se sont révélées être des variables prédictives de leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL, expliquant 44% de la variance observée. D'autre part, les infirmières œuvrant en santé mentale, à Info-santé 811 et en soins de longue durée/gériatrie affichaient des attitudes plus favorables envers les personnes ayant un TPL comparativement à celles travaillant en santé communautaire, en médecine générale ou à

l'urgence, qui manifestaient des attitudes moins favorables. Les infirmières qui travaillent à l'urgence présentent les attitudes les moins favorables envers les personnes ayant un TPL comparativement aux infirmières qui travaillent en santé mentale qui présentent les attitudes les plus favorables.

### **5.1 Recommandations**

En ce qui concerne les attitudes relativement positives des infirmières de l'échantillon envers les personnes ayant un TPL, ce résultat est partiellement différent de ce qui a été observé dans la littérature. En effet, les professionnels de la santé présentent généralement des attitudes négatives à l'endroit du TPL (Dickens, Lamont, et al., 2016; Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014; McKenzie et al., 2022; Nordkamp et al., 2024; Westwood & Baker, 2010). Dans la littérature, il est reconnu que les infirmières ont tendance à stigmatiser les personnes ayant un TPL les décrivant comme des personnes manipulatrices, égoïstes, intractables, dépendantes, saboteurs, etc. (Cleary et al., 2002; Deans & Meocevic, 2006; Hazelton et al., 2006; McGrath & Dowling, 2012; McKenzie et al., 2022; Stiles et al., 2023; Treloar & Lewis, 2008a). Ces qualificatifs proviennent de croyances erronées sur le TPL (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). Selon le modèle *Fonction-structure model of attitudes* (Haddock & Maio, 2004), les attitudes d'un intervenant peuvent être expliquées par plusieurs composantes, dont la composante cognitive qui réfère aux pensées et aux croyances de la personne.

Dans notre étude, cette différence au niveau des attitudes pourrait être expliquée par les perceptions relativement positives des infirmières à l'égard des personnes ayant un TPL.

Au cours des dernières années, il y a eu un travail important, auprès des professionnels de la santé québécois, pour lutter contre la stigmatisation vécue par les personnes ayant un trouble mental (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Ce travail de sensibilisation a pu contribuer à améliorer les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL, modifiant leurs pensées et leurs croyances sur le TPL, par l'adoption de certaines stratégies, comme le contact avec des personnes représentant un modèle positif de rétablissement (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2014; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Il est maintenant fréquent que plusieurs pairs-aidants ayant un diagnostic de TPL soient intégrés dans les équipes de soins. Comme décrit par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (2025b), la pair-aidance est une forme de soutien entre personnes ayant vécu des expériences similaires souvent liées à des enjeux de santé mentale. Elle repose sur le savoir expérientiel et vise à favoriser le rétablissement, l'autonomisation et la reconnaissance des droits des personnes concernées. L'apport des pairs-aidants est important, puisqu'il a été remarqué que le partage de leur savoir expérientiel diminue la stigmatisation envers les personnes ayant un TPL (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2025b; Bowen, 2013; McKenzie et al., 2022). Comme mentionné par Stiles (2023), pour améliorer les soins cliniques offerts aux personnes vivant avec un TPL, il est important d'apprendre des personnes ayant un savoir expérientiel. Pour y parvenir, il est recommandé que les infirmières soient régulièrement en contact avec des pairs-aidants dans les équipes de soins.

À propos de l'aisance moyenne des infirmières à interagir avec les personnes vivant avec un TPL, elle pourrait être expliquée par leur manque de connaissances sur le TPL.

Durant leur scolarité, les infirmières reçoivent très peu d'heures de formation sur les troubles de la personnalité. Cette situation est problématique puisque les troubles de la personnalité sont complexes. Le manque de formation sur le TPL contribue aux attitudes négatives des infirmières envers cette clientèle (Bergman & Eckerdal, 2000; Lawn & McMahon, 2015; McKenzie et al., 2022; Weight & Kendal, 2013). En effet, les intervenants qui ne se sentent pas compétents et bien outillés lorsqu'ils travaillent avec des personnes ayant un TPL peuvent se sentir moins à l'aise d'intervenir auprès d'eux (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2014). Dans le modèle du *Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL* (Aviram et al., 2006; Bouchard, 2010), le manque de formation sur le TPL des intervenants contribue à ce qu'il présente des attitudes moins positives envers cette population et qu'ils expérimentent un sentiment d'incompétence.

Afin d'améliorer leurs attitudes, il serait bénéfique pour les intervenants de recevoir une formation spécialisée sur le TPL. Cette formation pourrait contribuer à améliorer les attitudes des infirmières et accroître leur désir de travailler auprès des personnes présentant un TPL (Dickens, Hallett, et al., 2016; Keuroghlian et al., 2016; S. A. Miller & Davenport, 1996; Shanks et al., 2011). Dans l'étude de Dakkak El Chami et Bouchard (2022), la formation sur le TPL a permis d'augmenter l'aisance des professionnels de la santé en améliorant leur sentiment de compétence. Il serait donc souhaitable que l'enseignement sur le TPL soit inclus dans les cursus de la formation collégiale en soins infirmiers et de la formation universitaire en sciences infirmières. En effet, actuellement dans le programme du diplôme d'études collégiales en soins infirmiers ou du baccalauréat en sciences infirmières, il n'y a pas un nombre fixe d'heures consacrées à l'enseignement du TPL. Le contenu du

cours en santé mentale peut varier selon l'établissement d'enseignement. Par exemple, le Cégep de Lévis a regroupé dans un même cours, pour un total de 3 heures de théorie par semaine, l'enseignement sur les soins infirmiers auprès d'une clientèle âgée et d'une clientèle présentant des problèmes de santé mentale (Cégep de Lévis, 2025). Quant au Cégep de Sainte-Foy, il offre deux cours différents, d'une durée de 4 heures de théorie par semaine, sur les soins infirmiers auprès d'une clientèle en perte d'autonomie et sur les soins infirmiers en santé mentale (Cégep de Sainte-Foy, 2025). Dans les programmes d'étude, le nombre d'heures fixées à l'étude du TPL pourrait être de 7 heures. Ce nombre a été choisi, puisqu'il représente la durée d'une formation de courte durée sur le TPL intitulée la *Bonne gestion psychiatrique du TPL*, qui a démontré une amélioration des attitudes et des croyances des cliniciens envers les personnes ayant un TPL jusqu'à 6 mois après l'intervention (Masland et al., 2018). Cette formation pourrait être l'une des formations enseignées aux infirmières. Dans un contexte où les établissements d'enseignement ne pourraient pas consacrer ce temps à la formation, elle devrait durer minimalement 3 heures pour être efficace telle que rapportée dans l'étude de Daudelin-Peltier et al. (2025). Les infirmières pourraient également s'inscrire à des formations continues sur le TPL. Elles sont maintenant facilement accessibles en raison de l'augmentation de l'intérêt envers les troubles de la personnalité au cours des dernières années. (p. ex. : *Cours francophone sur le trouble de la personnalité limite*, *Colloque francophone sur les troubles de la personnalité*, *Démystifier les troubles de la personnalité*). Ces formations pourraient être proposées aux infirmières dans un projet de formation continue s'étalant tout au long de leur carrière.

Toutefois, elles ne comblent pas l'absence d'un cadre thérapeutique conçu spécifiquement pour les infirmières afin de guider leur pratique auprès de cette clientèle (Dickens, Lamont, et al., 2016). Il existe actuellement des psychothérapies spécialisées dans le traitement du TPL, comme la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993), ou la thérapie focalisée sur le transfert (Yeomans et al., 2015), mais elles ont été principalement développées pour des psychologues et des psychiatres. De plus, ces psychothérapies exigent plusieurs heures de formation afin de les maîtriser, ce qui n'est pas réaliste pour les infirmières. Les recherches doivent donc être poursuivies afin d'innover par la création d'un cadre thérapeutique sur le TPL validé scientifiquement et destiné aux infirmières. La formation sur le TPL pourrait aussi servir d'introduction à l'étude d'autres troubles de la personnalité. En effet, les personnes ayant un trouble de la personnalité présentent certaines caractéristiques similaires, telles que décrites dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5-TR vu dans le contexte théorique (American Psychiatric Association, 2023). Ces connaissances pourraient permettre aux infirmières de mieux comprendre les personnes vivant avec d'autres troubles de la personnalité, comme le trouble de la personnalité narcissique, qui représente aussi un défi dans la pratique clinique des infirmières (Boudreau et al., 2015b; Scrandis, 2020).

Comme détaillé dans le chapitre résultats, une analyse exploratoire réalisée a posteriori nous a permis de constater que les attitudes (autant aisance que perception) s'améliorent ou deviennent davantage positives plus la personne avance en âge. Cela voudrait dire que les infirmières novices pourraient être moins à l'aise que les infirmières chevronnées (Bodner et al., 2011; Lanfredi et al., 2019; Treloar & Lewis, 2008a). Selon Imbeau, Bouchard, Terradas

et Simard (2014), le nombre d'années d'expérience des professionnels de la santé semble influencer de façon significative leurs attitudes envers les personnes ayant un TPL. Une raison pour expliquer l'amélioration des attitudes des infirmières avec l'âge serait que leur expérience professionnelle leur a permis d'acquérir des outils et des connaissances sur le TPL améliorant leur compréhension et leur compétence d'intervention (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014). Pour combler cette lacune, les infirmières qui débutent dans la profession pourraient être ciblées en priorité pour l'offre de formations cliniques. De plus, ce résultat est semblable à ce qui a été obtenu par les résidents en médecine familiale qui étaient moins à l'aise dans leurs interactions avec les personnes ayant un TPL, comparativement aux médecins omnipraticiens et aux professionnels de la santé mentale, en raison de leur âge et de leur manque d'expérience clinique (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014). Cependant, ce résultat est en contradiction avec les résultats obtenus récemment par les chercheurs Dakkak El Chami et Bouchard (2022), qui ont constaté que le nombre d'années d'expérience clinique ne garantissait pas des attitudes plus positives à l'endroit du TPL, mais plutôt la qualité de l'expérience clinique. Il faudrait poursuivre les études sur ce sujet afin de dégager des tendances plus claires sur l'influence de l'âge et de l'expérience clinique sur les attitudes des infirmières.

Concernant l'empathie, qui est une variable prédictrice des attitudes des infirmières, ce résultat concorde avec ce qui a obtenu par McAllister et al. (2002), qui a identifié que l'empathie était l'une des quatre variables prédictrices des attitudes des infirmières envers les personnes qui s'automutilent. De plus, les infirmières de notre échantillon étaient empathiques envers les personnes ayant un TPL. Une infirmière empathique aura une attitude

favorable envers les personnes ayant un TPL (Hsiao et al., 2015). Une des raisons pour expliquer ce résultat pourrait être que le professionnel de la santé empathique est capable de comprendre la souffrance du patient sans la ressentir intensément. Il peut alors tenter de s'imaginer être dans sa peau, ce qui lui permet de saisir sa perspective (Hojat et al., 2001; Hojat et al., 2016). Comprendre sa perspective permet à l'intervenant de nuancer ses émotions, ses pensées et ses comportements, ce qui se manifeste par des attitudes plus positives envers cette clientèle. Il lui communique aussi son intention de l'aider, ce qui le prédispose à une attitude de collaboration avec le patient (Hojat et al., 2016). De plus, pour comprendre sa souffrance, il est recommandé que l'intervenant reçoive une formation adéquate sur le TPL. En effet, puisque l'empathie est un processus cognitif plutôt qu'affectif, elle peut être améliorée avec l'éducation des professionnels de la santé (Hojat et al., 2001; Hojat et al., 2016). Sinon, en l'absence de formation adéquate sur le TPL, l'intervenant présentera moins d'empathie envers les personnes ayant un TPL tel que décrit dans le modèle *Cycle de stigmatisation et de dysrégulation affective des personnes présentant un TPL* (Aviram et al., 2006; Bouchard, 2010).

Par rapport à la motivation comme variable prédictrice des attitudes, il a été démontré qu'une infirmière motivée aura des attitudes plus favorables envers les personnes ayant un TPL. Dans notre recherche, près du tiers des infirmières sont démotivées à travailler auprès de cette population. Un facteur explicatif de cette situation pourrait être, qu'en raison des défis vécus dans la relation, l'expérience professionnelle des infirmières auprès de ces personnes peut être perçue comme négative. Par exemple, ces patients peuvent créer des conflits dans les équipes de soins (Boudreau et al., 2015a; McGrath & Dowling, 2012;

Woollaston & Hixenbaugh, 2008). De plus, les infirmières ne reçoivent pas de soutien clinique pour intervenir auprès de cette population (Dickens, Hallett, et al., 2016). Ainsi, dans les cas où l'expérience est négative, le niveau de motivation de l'infirmière diminue puisqu'elles désirent moins intervenir auprès de cette clientèle. La motivation autonome peut alors devenir contrôlée ou absente (Ryan & Deci, 2017). De plus, selon le *Fonction-structure model of attitudes* (Haddock & Maio, 2004), l'évitement d'une situation négative (le besoin d'affect) est une motivation importante des attitudes d'une personne à l'égard d'un objet. Les infirmières seraient donc moins motivées à travailler auprès des personnes ayant un TPL, car elles veulent esquiver les émotions négatives qui pourraient être vécues dans la relation. Certaines infirmières peuvent aussi avoir l'impression qu'elles ne peuvent aider les personnes ayant un TPL, ce qui diminue leur motivation, puisque l'habileté à aider les autres est une inspiration puissante des soignants dans leur travail (Jungert et al., 2021).

Une recommandation pour augmenter la motivation des infirmières serait d'améliorer la qualité de leur expérience clinique lorsqu'elles travaillent auprès de cette clientèle. En plus des formations, les infirmières devraient avoir accès à du soutien clinique. Ce soutien pourrait les aider à comprendre l'expérience vécue et donner du sens à leur travail. Il pourrait être offert sous forme de rencontres cliniques, de supervision, de soutien informel des collègues et de support de l'équipe multidisciplinaire ayant une expertise en trouble de la personnalité (Dickens, Lamont, et al., 2016). Des activités sociales (p. ex. repas festifs) pour améliorer la cohésion des équipes pourraient être également instaurées. La motivation est la variable prédictrice qui influence le plus les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un

TPL. Les recherches doivent être poursuivies afin de comprendre comment augmenter la motivation des infirmières à intervenir auprès de cette clientèle.

Au sujet de l'unité de soins, la recherche a démontré qu'une infirmière aura des attitudes plus favorables envers les personnes ayant un TPL selon son lieu de travail. Ce résultat concorde avec les résultats obtenus par l'équipe de Treloar et Lewis (2008a), qui a identifié que l'unité de soins du clinicien (urgence ou santé mentale) était la principale variable prédictrice de leurs attitudes. Une explication de ce résultat pourrait être que l'unité de soins permet aux infirmières d'acquérir les outils pour intervenir plus efficacement auprès de cette clientèle. Par exemple, en raison de leur expérience professionnelle, les infirmières en santé mentale seraient plus sensibilisées aux difficultés spécifiques expérimentées dans la vie des personnes ayant un TPL. Tel qu'expliqué par Imbeau, Bouchard, Terradas et Simard (2014), elles auraient acquis des outils et des connaissances sur le TPL à force d'expositions répétées à cette clientèle ainsi que par la consultation de spécialistes qui sont généralement plus facilement accessibles pour les infirmières que celles qui travaillent en soins généraux.

De plus, la recherche a identifié des différences dans les attitudes des infirmières selon leurs unités de soins. En effet, les infirmières qui travaillent à l'urgence présentent les attitudes les moins favorables envers les personnes ayant un TPL comparativement aux infirmières qui travaillent en santé mentale qui présentent les attitudes les plus favorables. Ce résultat correspond à ce qui a été observé dans la littérature. Par exemple, les urgences hospitalières sont souvent citées comme des lieux où les personnes vivant avec un trouble de santé mentale se heurtent à des attitudes négatives ou à des préjugés de la part du personnel

soignant (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2025a). De plus, l'équipe de Treloar et Lewis (2008a) a constaté que les cliniciens qui travaillent à l'urgence avaient des attitudes plus négatives envers les personnes vivant avec un TPL comparativement à ceux qui travaillent en santé mentale. Cette situation pourrait s'expliquer par la forme de contact à laquelle les infirmières de cette unité de soins sont exposées. En effet, l'urgence est un milieu exigeant où des décisions doivent être prises rapidement. Ces décisions sont prises dans des situations cliniques complexes pour lesquelles les infirmières n'ont pas toujours le temps d'approfondir l'histoire du patient. En plus, elles sont régulièrement en contact avec cette clientèle puisqu'ils consultent fréquemment à la suite d'une tentative de suicide ou d'une automutilation, par exemple. Elles doivent donc donner des soins médicaux urgents à des personnes en état de grande détresse psychologique. Une forme d'usure pourrait alors être vécue dans la relation (Mann et al., 2022). Les infirmières perdraient alors leur optimisme envers le rétablissement de la personne (McKenzie et al., 2022; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Elles éprouveraient aussi à ce moment-là des difficultés à maintenir une attitude favorable envers ces patients en comparaison aux infirmières en santé mentale. Cette situation s'accorde aussi avec l'avis de Bodner et al. (2015), qui a expliqué que certaines caractéristiques du milieu de travail, telles que la gestion de crises et les interactions intenses émotionnellement sur de longues périodes, influencerait négativement les attitudes des infirmières envers les personnes diagnostiquées avec un TPL.

Une recommandation pour améliorer la situation serait d'instaurer des changements organisationnels sur les unités de soins où les infirmières sont exposées régulièrement à des

personnes ayant un TPL (Dickens, Lamont, et al., 2016). En raison de leur travail, elles ne peuvent contrôler leur exposition aux patients ayant un TPL, ce qui représente un défi clinique comparativement aux autres professionnels de la santé. Il pourrait y avoir une rotation du personnel qui en contact continu avec cette clientèle. Cette intervention instaurerait de la flexibilité pour les infirmières qui auraient du contrôle sur leur temps de contact avec les personnes ayant un TPL (Dickens, Lamont, et al., 2016). Les infirmières pourraient également être en contact avec des personnes diagnostiquées avec TPL s'étant maintenant rétablies lors de conférences ou de témoignages (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Cela permettrait aux infirmières de vivre des interactions interpersonnelles positives et authentiques avec des personnes ayant un TPL contribuant à augmenter leur optimisme envers leur rétablissement. De plus, puisque l'urgence est un milieu où il est difficile de faire une anamnèse complète, les infirmières pourraient assister à de courtes rencontres où les histoires complètes des patients seraient présentées. Ces rencontres les aideraient à maintenir une vision holistique de la personne vivant avec un TPL, améliorant ainsi leurs attitudes (McKenzie et al., 2022).

## 5.2 Limites de l'étude

En ce qui concerne les limites de l'étude, comme évoquées précédemment, la majorité des participantes de l'échantillon sont des femmes (90,4%), ce qui correspond au pourcentage de femmes dans la profession qui était de 88,2% en date du 31 mars 2024 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025b). Il n'est pas donc possible de vérifier l'influence du sexe sur les attitudes des professionnels de la santé ni d'avoir une perspective

du point de vue des hommes en regard des personnes ayant un TPL. De plus, les différents facteurs responsables de la motivation n'ont pas pu être évalués dans cette étude, l'échelle comportant une question unique, ce qui affaiblit la mesure d'un point de vue psychométrique. D'autres recherches, à l'aide d'instruments de mesure validés, seraient nécessaires pour comprendre dans quelle mesure la motivation à intervenir auprès d'une personne ayant un TPL ainsi que d'autres facteurs (p. ex. : fréquence d'exposition à cette clientèle, formations spécifiques sur le TPL) sont déterminants pour expliquer les attitudes des infirmières envers cette population. De plus, en rétrospective, l'utilisation du *Big Five Inventory à 10 items version française* (BFI-10) de Courtois et al. (2020) n'était probablement pas le meilleur choix pour mesurer la personnalité des infirmières. La version courte de l'outil de mesure a pu interférer avec les résultats en raison de sa construction psychométrique. Il aurait probablement été préférable d'utiliser la version longue de l'instrument de mesure qui contient 44 items afin d'éviter cette problématique. Par ailleurs, l'effet de la désirabilité sociale n'a pas été évalué dans cette recherche. Il aurait été intéressant de questionner ce phénomène puisqu'on remarque que, malgré des attitudes plutôt favorables envers les personnes ayant un TPL, le niveau de motivation des infirmières pour leur offrir des soins demeure modeste.



## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Cette étude est innovatrice, puisqu'il s'agit à notre connaissance, de la première étude québécoise à évaluer les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes atteintes d'un TPL à l'aide de l'ÉA-TPL. La force de cette recherche est d'avoir établi un portrait de certaines de leurs attitudes à l'aide d'un instrument de mesure validé en français et d'avoir permis d'en identifier les variables prédictrices. En particulier, nos analyses ont mis l'accent sur l'importance de l'empathie et de la motivation de l'infirmière à intervenir auprès de cette clientèle. Les infirmières de notre échantillon étaient empathiques à l'égard des personnes ayant un TPL. Cette empathie leur a permis de mieux comprendre leur perspective. Pour la recherche, comme l'empathie est un processus cognitif, il serait intéressant d'évaluer si l'empathie des infirmières peut être augmentée après une formation sur le TPL. Par rapport à la motivation, près du tiers des infirmières de notre échantillon étaient démotivées à travailler auprès de cette clientèle. Cela pourrait être expliqué par leur expérience d'intervention qui était négative. Une recommandation pour améliorer leur expérience serait d'instaurer des changements organisationnels, tels que du soutien clinique (p. ex. supervision, rencontre clinique), une rotation du personnel qui est en contact fréquent avec ces personnes et des activités sociales. Cette étude a également permis d'identifier les unités de travail (p. ex. : santé communautaire, unité de médecine, urgence) où une forme de

psychoéducation ou de formation pourrait être déployée en priorité au moment d'intégrer les infirmières dans les milieux de soins.

De plus, cette étude est pertinente puisqu'elle s'intéresse à une problématique importante, présente dans le réseau de la santé québécois, soit la stigmatisation vécue par les personnes souffrant d'un TPL. Pour diminuer la stigmatisation vécue dans cette population, il est recommandé que les infirmières soient en contact avec des personnes ayant un savoir expérientiel sur le TPL qui se sont rétablies (p. ex. pairs-aidants, conférences, témoignages). Pour la recherche, il serait pertinent d'évaluer l'influence de cet apport sur les attitudes des infirmières. En plus, la taille importante de l'échantillon a permis d'obtenir des résultats avec une puissance statistique convenable et sa représentativité est intéressante bien que les hommes y soient sous-représentés; ceci reflète tout de même la réalité québécoise en regard de la profession. Les participants de l'échantillon appartiennent à différents groupes d'âge, ils détiennent différents niveaux de scolarité, ils proviennent de toutes les régions du Québec et ils travaillent dans différents milieux/ unités de soins.

Il est bien établi que les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL peuvent parfois être négatives. Travailler auprès de cette population représente aussi un défi pour les infirmières. Ce dernier représente un trouble de santé mentale complexe qui nécessite une formation spécialisée pour intervenir efficacement auprès des personnes qui en sont atteintes. Pour y parvenir, les infirmières doivent détenir un solide bagage de connaissances scientifiques basées sur les pratiques exemplaires dans son domaine et sur les données probantes. Cette situation, c'est-à-dire le peu de formation contrastant avec une

situation de santé mentale complexe, est problématique puisque les infirmières sont parmi les professionnelles de la santé les plus exposées à cette clientèle en raison de la nature des soins qu'elles donnent. La formation collégiale et universitaire devrait tenir compte de cette variable tant dans les cours théoriques que dans les cours pratiques. Dans ces cursus, le nombre d'heures consacrées à la formation sur le TPL et les autres troubles de la personnalité doit augmenter. Les infirmières doivent aussi continuer de parfaire leur pratique en participant régulièrement à des activités de formation continue tout au long de leur carrière. Ces activités doivent être offertes en priorité aux infirmières en début de carrière au moment de les intégrer dans les milieux de soins.

En terminant, l'amélioration des services offerts à ces personnes reste un défi important. Cependant, cette étude est la première étape vers la conception d'outils pour améliorer les attitudes des infirmières envers les personnes ayant un TPL. Plus spécifiquement, il serait intéressant de développer un programme de formation pour diminuer leurs attitudes stigmatisantes conçu spécifiquement pour les infirmières. Les résultats présentés dans cette recherche pourraient servir de fondation à la conception de cette formation. Des entrevues qualitatives réalisées auprès de personnes ayant un TPL et d'infirmières qui travaillent auprès de cette clientèle permettraient de mieux comprendre la dynamique de leur relation thérapeutique. Par la suite, un programme de formation validé auprès de professionnels de la santé experts en troubles de la personnalité ainsi que des patients partenaires vivant avec un TPL pourrait être conçu et testé. Ce programme pourrait améliorer leurs attitudes envers cette clientèle, la qualité de la relation thérapeutique, la qualité des soins offerts à ces patients, le sentiment de compétence des infirmières et leur

bien-être global au travail. Face à une formation efficace et pertinente, nous pourrions en recommander l'implantation dans les milieux cliniques du Québec.

## RÉFÉRENCES

- Almotawa, A., & Shaari, R. (2021). Motivation, enthusiasm, and social pain among health care staff: A narrative review. *Journal of Pain Management*, 14(2).
- Amalia, S., Marlina, & Fithria. (2023). Relationship of Characteristics and Motivation of Nurses with Caring Behavior in Regional Public Hospital Aceh. *International Journal of Nursing Education*, 15(1), 99-104. <https://doi.org/10.37506/ijone.v15i1.19000>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition, texte révisé). Elsevier Masson.
- American Psychological Association. (2018). *APA Dictionary of Psychology attitude* <https://dictionary.apa.org/attitude>
- Arranz, M. J., Gallego-Fabrega, C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Elices, M., Dominguez-Clavé, E., Salazar, J., Vega, D., Briones-Buixassa, L., & Pascual, J. C. (2021). A genome-wide methylation study reveals X chromosome and childhood trauma methylation alterations associated with borderline personality disorder. *Translational psychiatry*, 11(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01139-z>
- Askari, M., Zakeri, M. A., Hermis, A. H., Xu, X., Widowati, S., & Mohammadmehr, R. (2025). Is adults' borderline personality disorder associated with their attachment experiences, rejection and mental security? A cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 25(1), 490. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06900-6>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*. <https://archives.aqrp-sm.org/contenu/gpssm/gpssm-cadre-de-reférence.pdf>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2025a). *Lutte contre la stigmatisation*. <https://www.aqrp-sm.org/stigmatisation>

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2025b). Pair-aidance. <https://www.aqrp-sm.org/pair-aidance>

Asztalos, L., Senra, H., O'Driscoll, C., Feigenbaum, J., Griem, J., King-Casas, B., Nolte, T., Pratt, R., Vaziri, F., Montague, R., & Fonagy, P. (2025). An exploration of the relationship between ineffective modes of mentalization and difficulties related to borderline personality disorder: A network approach. *Journal of affective disorders*, 374, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.031>

Australian Government. (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder.* <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>

Avelar Ferreira, C. A., Teixeira Reis Neto, M., Wasner Vasconcelos, F. C., & Quiroga Souki, G. (2016a). Motivation and rewards for health professionals. 17(1), 41-58. <https://doi.org/10.21714/2178-8030gep.v17i1.3534>

Avelar Ferreira, C. A., Teixeira Reis Neto, M., Wasner Vasconcelos, F. C., & Quiroga Souki, G. (2016b). Motivation and rewards to health professionals. 17(1), 41-58. <https://doi.org/10.21714/2178-8030gep.v17i1.3534>

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>

Bae, S.-H., & Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing outlook*, 62(2), 138-156. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>

Baker, J., & Beazley, P. I. (2022). Judging Personality Disorder: A Systematic Review of Clinician Attitudes and Responses to Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*, 28(4), 275-293. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000642>

Beeney, J. E., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Ringwald, W. R., Wright, A. G. C., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Mattia, A. A., Ayars, H. E., Gebreselassie, S. H., & Pilkonis, P. A. (2019). Attachment styles, social behavior, and personality functioning in romantic relationships. *Personality disorders, 10*(3), 275-285. <https://doi.org/10.1037/per0000317>

Bergman, B., & Eckerdal, A. (2000). Professional Skills and Frame of Work Organization in Managing Borderline Personality Disorder: Shared Philosophy or Ambivalence - A Qualitative Study from the View of Caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14*(4), 245-252. <https://doi.org/10.1080/028393100300006843>

Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec, 35*(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>

Bizumic, B., Gunningham, B., & Christensen, B. K. (2022). Prejudice towards people with mental illness, schizophrenia, and depression among mental health professionals and the general population. *Psychiatry research, 317*, 114817. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114817>

Black, Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B. W., & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums, 16*(3), 67-74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>

Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B. W., & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums, 16*(3), 67-74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>

Black, G., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective. *Journal of Mental Health, 23*(2), 78-82. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869570>

Bland, A. R., Tudor, G., & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing Care of Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(4), 204-212. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x>

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.comppsych.2010.10.004>

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 20-41. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>

Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. <https://doi.org/10.7202/1000554ar>

Bouchard, S., Tremblay, G., & Lecompte, Y. (2015). Théories et clinique des patients difficiles selon les professionnels de la santé mentale. *Filigrane*, 1, 17-80.

Boudreau, D., Boulianne, V., & Roigt, D. (2015a). Personnalités difficiles et troubles relationnels? *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 12(4), 19-21.

Boudreau, D., Boulianne, V., & Roigt, D. (2015b). Personnalités difficiles et troubles relationnels ? *Perspective Infirmière*, 12(4), 19-21. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109647971&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

Bougie, M. (2007). *La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier*. Université de Montréal <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/85186c9b-96b4-4102-8681-d6b3a878b8cb/download>

Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' Accounts of Psychotherapy Process Associated With Treating Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_108](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_108)

Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(6), 491-498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01943.x>

Bowers, L., & Allan, T. (2006). The attitude to personality disorder questionnaire: psychometric properties and results. *Journal of personality disorders*, 20(3), 281-293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.281>

Brown, S. (2012). The Contribution of Previous Contact and Personality Traits to Severe Mental Illness Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 274-289. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703553>

Brud, P. P., & Cieciuch, J. (2024). Temperamental underpinnings of borderline personality disorder and its facets. *Personality and mental health*, 18(3), 205-215. <https://doi.org/10.1002/pmh.1610>

Cailhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L., & David, P. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Dans Institut national de santé publique du Québec (Éd.).

Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., Paris, J., & Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(5), 336-342. <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>

Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Renaud, S., Koch, M., David, P., Villeneuve, E., Lunghi, C., & Lesage, A. (2021). Utilization of Health Care Services by Patients With Cluster B Personality Disorders or Schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 72(12), 1392-1399. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000554>

Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Association Publishing.

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>

Carrotte, E., Hartup, M., & Blanchard, M. (2019). "It's very hard for me to say anything positive": A qualitative investigation into borderline personality disorder treatment experiences in the Australian context. *Australian Psychologist*, 54(6), 526-535. <https://doi.org/10.1111/ap.12400>

Cégep de Lévis. (2025). *Soins infirmiers Programmes techniques 180.A0*. [https://www.cegeplevis.ca/programmes/type/techniques/soins-infirmiers/?tab=courses\\_grid](https://www.cegeplevis.ca/programmes/type/techniques/soins-infirmiers/?tab=courses_grid)

Cégep de Sainte-Foy. (2025). *180.A0 Soins infirmiers* <https://www.csfoy.ca/programmes/tous-les-programmes/programmes-techniques/soins-infirmiers>

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International journal of mental health nursing*, 11(3), 186-191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 6, 343-359.

Costanzo, G., Falgares, G., Manna, G., Infurna, M. R., Mastrilli, G., Giannone, F., & Lamis, D. A. (2024). Childhood Physical Maltreatment and Borderline Personality Disorder Features in Adolescents: Mediating and Moderating Effects of Attachment Styles and Gender. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 33(9), 1073-1094. <https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2374428>

Courtois, R., Petot, J. M., Plaisant, O., Allibe, B., Lignier, B., Réveillère, C., Lecocq, G., & John, O. (2020). [Validation of the French version of the 10-item Big Five Inventory]. *L'Encephale*, 46(6), 455-462. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.006>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Dakkak El Chami, C., & Bouchard, S. (2022). Attitudes des professionnels envers le trouble de la personnalité limite: Effets de la formation et différences individuelles *Revue québécoise de psychologie, 43*(2), 177-198. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1092114ar>

Daudelin-Peltier, C., King, H., & Desforges, T. (2025). *Impact d'une formation GPM de 3h sur les attitudes et croyances des infirmières psychiatriques envers le TPL*. Colloque Francophone sur les troubles de la personnalité: Innover pour inclure davantage, Québec.

de Jacq, K., Norful, A. A., & Larson, E. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of psychiatric nursing, 30*(6), 788-796. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>

Deans, C., & Moecevic, 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>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. The University of Rochester Press.

Di Bartolomeo, A. A., Siegel, A., Fulham, L., & Fitzpatrick, S. (2024). Borderline personality disorder and social connectedness: A systematic review. *Personality disorders, 15*(4), 213-225. <https://doi.org/10.1037/per0000665>

Dickens, G. L., Hallett, N., & Lamont, E. (2016). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International journal of nursing studies, 56*, 114-127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019>

Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of clinical nursing, 25*(13-14), 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>

Ducharme, F., & Salois, R. (2021). *Reconnaitre et transformer la pratique infirmière au Québec - Un changement porteur d'avenir : Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>

Durmaz, D., & Tastan, S. (2022). Analyzing the relationship between the personality traits of nursing students and their attitudes toward people with mental illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2481-2488. <https://doi.org/10.1111/ppc.13083>

Dziopa, F., & Ahern, K. (2008). What makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 1-10.

Egan, S. J., Haley, S., & Rees, C. S. (2014). Attitudes of clinical psychologists towards clients with personality disorders. *Australian Journal of Psychology*, 66(3), 175-180. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12068>

Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodriguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I., Arrue, A., Zumarraga, M., & Gonzalez-Torres, M. A. (2022). Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 501-511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2640>

Faraji, H., & Tezcan, A. E. (2023). Rejection Sensitivity and Fear of Intimacy in Individuals with and without Borderline Personality Disorder. *Firat Tip Dergisi*, 28(4), 286-295.

Farajzadeh, Z., & Nasiri, A. (2023). Nurses' Experiences Of Factors Affecting Job Motivation: A Qualitative Study. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 14(3), 3127-3138. <https://doi.org/10.47750/pnr.2023.14.03.392>

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2025a). *Conditions de travail Temps supplémentaire obligatoire.* <https://www.fiqsante.qc.ca/conditions/#tso>

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2025b). *Pénurie de main d'oeuvre ou pénurie de conditions attractives?* <https://www.fiqsante.qc.ca/penurie/>

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2025c). *Réforme Dubé* <https://www.fiqsante.qc.ca/dube/>

Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80-94. <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>

Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(1), 33-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x>

Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Button, K. (2019). The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 289-326. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12216>

Franssens, R., Abrahams, L., Brenning, K., Van Leeuwen, K., & De Clercq, B. (2021). Unraveling Prospective Reciprocal Effects between Parental Invalidation and Pre-Adolescents' Borderline Traits: Between- and Within-Family Associations and Differences with Common Psychopathology-Parenting Transactions. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(10), 1387-1401. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00825-w>

Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 7(6), 336-341. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(93\)90051-w](https://doi.org/10.1016/0883-9417(93)90051-w)

Furnham, A., & Dadabhoy, H. (2012). Beliefs about causes, behavioural manifestations and treatment of borderline personality disorder in a community sample. *Psychiatry Research*, 197(3), 307-313. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.024>

Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

Galletta, M., Portoghesi, I., Pili, S., Piazza, M. F., & Campagna, M. (2016). The effect of work motivation on a sample of nurses in an Italian healthcare setting. *Work (Reading, Mass.)*, 54(2), 451-460. <https://doi.org/10.3233/WOR-162327>

Gassabi, F., & Pourmohammad, P. (2025). The Mediating Role of Borderline Personality Features in the Relationship between Self-Compassion and Rejection Sensitivity with Interpersonal Problems. *International Journal of Behavioral Sciences*, 19(1), 51-58. <https://doi.org/10.30491/IJBS.2025.491861.2176>

Gescher, D. M., Schanze, D., Vavra, P., Wolff, P., Zimmer-Bensch, G., Zenker, M., Frodl, T., & Schmahl, C. (2024). Differential methylation of OPRK1 in borderline personality disorder is associated with childhood trauma. *Molecular psychiatry*, 29(12), 3734-3741. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02628-z>

Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigas, 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>

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *Journal of personality and social psychology*, 59(6), 1216-1229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216>

Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *The American psychologist*, 48(1), 26-34. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.48.1.26>

Gouvernement du Québec. (2024). *Trouble de la personnalité limite (TPL)*. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/trouble-personnalite-limite>

Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38(4). <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>

Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International journal of mental health nursing*, 23(2), 101-109. <https://doi.org/10.1111/inm.12027>

Haddock, G., & Maio, G. R. (2004). *Contemporary Perspectives on the Psychology of Attitudes*. Psychology Press.

Hamdan-Mansour, A. M., & Wardam, L. A. (2009). Attitudes of Jordanian mental health nurses toward mental illness and patients with mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 30(11), 705-711.

Hauck, J. L., Harrison, B. E., & Montecalvo, A. L. (2013). Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(1), 20-29. <https://doi.org/10.3928/02793695-20121204-02>

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>

Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 442-450. <https://doi.org/10.1111/inm.12074>

Hersh, R. (2008). Confronting Myths and Stereotypes About Borderline Personality Disorder. *Social Work in Mental Health*, 6(1/2), 13-32. [https://doi.org/10.1300/J200v06n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J200v06n01_03)

Hinshelwood, R. D. (2002). Abusive help-- helping abuse: the psychodynamic impact of severe personality disorder on caring institutions. *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 12(2 Suppl), S20-S30. <https://doi.org/10.1002/cbm.2200120604>

Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer International.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 23(5), 899-920. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>

Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical teacher*, 35(7), e1267-e1301. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.785654>

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational & Psychological Measurement*, 61(2), 349. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>

Hojat, M., Maxwell, K., Carroll, S., & Cass, J. (2016). *Jefferson Scale of Empathy (JSE) User Guide*

Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 45(4), 349-356. <https://doi.org/10.1177/070674370004500403>

Hsiao, Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 24(3), 272-280. <https://doi.org/10.1111/ijnm.12129>

Hsiao, C.-Y., Lu, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 272-280. <https://doi.org/10.1111/ijnm.12129>

Hussein Ramadan Atta, M., Abdelrazek Elfar, M. N., Rahman, A. A. A. O. A., & Eweida, R. S. (2025). The Influence of Early Maladaptive Schemas on Recovery and Psychological Capital in Borderline Personality Disorder Clients: Findings From Rural Dwelling Sample. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 32(3), 699-711. <https://doi.org/10.1111/jpm.13148>

Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M., & Simard, V. (2014). Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite. *Sante Mentale au Quebec*, 39(1), 273-289. <https://doi.org/10.7202/1025917ar>

Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M., & Villeneuve, E. (2014). Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite : structure factorielle et validation préliminaire. *Ann Med Psychol (Paris)*, 172(6), 479-485. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.10.017>

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>

Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 756-764. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01263.x>

Jungert, T., Thornberg, R., & Lundstén, L. (2021). A work motivational grounded theory study of workers in caring roles. *Journal of Interprofessional Care*, 35(6), 832-841. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1860919>

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical care*, 45(12), 1195-1204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>

Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2016). What Is Personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>

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)

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, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>

Kouros, I., Holmberg, H., Ekselius, L., & Ramklint, M. (2024). Temperament, but not childhood trauma, distinguishes borderline personality disorder from bipolar disorder and ADHD. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(1), 79-86. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2267041>

Kratzer, L., Moultrie, J., & Schiepek, G. (2024). Working Alliance Instability in the Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54(4), 335-342. <https://doi.org/10.1007/s10879-024-09630-0>

Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M., & Hogg, L. I. (2016). 'Judging a book by its cover': an experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *British journal of clinical psychology*, 55(3), 253-268. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12093>

Lanfredi, M., Ridolfi, M. E., 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*, 1-16. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_421](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_421)

Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(1), 23-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x>

Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 22(7), 510-521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>

Lazarus, S. A., Choukas-Bradley, S., Beeney, J. E., Byrd, A. L., Vine, V., & Stepp, S. D. (2019). Too Much Too Soon?: Borderline Personality Disorder Symptoms and Romantic Relationships in Adolescent Girls. *Journal of abnormal child psychology*, 47(12), 1995-2005. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00570-1>

Lazzari, C., Nikolou-Walker, E., & Liu, L. (2025). Self-Reflective Practice, Autoethnography, Storytelling, and Critical Incident Analysis in Exploratory Nursing and Midwifery Research: Facing Social Illnesses and Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 30(3), 413-420. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_5\\_24](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_5_24)

Lee, K. M., Mun, J. Y. Y., Choong, E. L., & Janssen, S. M. J. (2024). Associations Between Big-Five Personality Traits and Attitudes and Perception Towards Health Behaviours. *Psychological Reports*, 1. <https://doi.org/10.1177/00332941241302805>

Lee, S. S. M., Keng, S.-L., Yeo, G. C., & Hong, R. Y. (2022). Parental invalidation and its associations with borderline personality disorder symptoms: A multivariate meta-analysis. *Personality disorders*, 13(6), 572-582. <https://doi.org/10.1037/per0000523>

Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: an examination of clinician- and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 83(1), 115-125. <https://doi.org/10.1111/ajop.12002>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.

López-Villatoro, J. M., Díaz-Marsá, M., Gálvez-Merlin, A., De la Higuera-González, P., & Carrasco, J. L. (2025). Mentalizing deficits in borderline personality disorder related to axis I comorbidity: Clinical relevance. *Early intervention in psychiatry*, 19(1), e13593. <https://doi.org/10.1111/eip.13593>

Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>

Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N., & Hayter, M. (2009). 'Caring Across Thorns'--different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 18(3), 440-450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x>

Mack, M., & McKenzie Nesbitt, H. (2016). Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 19(8), 31-35. <https://doi.org/10.7748/mhp.19.8.31.s20>

Mann, P., Rieger, K. L., & Astle, B. (2022). *Atténuer l'usure de compassion durant et après la pandémie de COVID 19*. <https://www.infirmiere-canadienne.com/blogs/ic-contenu/2022/09/26/attenuer-lusure-de-compassion-covid-19>

Marceau, C. (2022). *La qualité de vie au travail des infirmières québécoises en lien avec la réalisation d'heures supplémentaires*. Université de Montréal <https://umontreal.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/baa00a42-ef5d-44d8-8c89-c4cdee59f4fd/content>

Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>

Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256. <https://doi.org/10.1348/01446650360703366>

Masland, S. R., Price, D., MacDonald, J., Finch, E., Gunderson, J., & Choi-Kain, L. (2018). Enduring Effects of One-Day Training in Good Psychiatric Management on Clinician Attitudes About Borderline Personality Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(11), 865-869. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000893>

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of advanced nursing*, 40(5), 578-586. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x>

McCarrick, C., Irving, K., & Lakeman, R. (2022). Nursing people diagnosed with Borderline Personality Disorder: 'We all need to be on the same hymn sheet'. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 83-90. <https://doi.org/10.1111/inm.12935>

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in Adulthood*. Guilford Press.

McGrath, B., & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Nursing Research & Practice*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/601918>

McKenzie, K., Gregory, J., & Hogg, L. (2022). Mental Health Workers' Attitudes Towards Individuals With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder: A Systematic Literature Review. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 70-98. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2021\\_35\\_528](https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_528)

Miller, J., Nguyen, E., Lam, A. Y. H., Brann, P., Innes, S., Buntine, P., Broadbear, J., & Hope, J. (2024). Experiences of consumers, carers and clinicians during borderline personality disorder presentations to the emergency department—An integrative review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 31(4), 572-582. <https://doi.org/10.1111/jpm.13009>

Miller, S. A., & Davenport, N. C. (1996). Increasing staff knowledge of and improving attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(5), 533-535. <https://doi.org/10.1176/ps.47.5.533>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Faire ensemble et autrement: La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>

Motala, Z., & Price, O. (2024). 'Commanded to be ill, accused of being well' a lived-experience-led, qualitative investigation of service user perspectives on the impact of emotionally unstable personality disorder diagnosis on self-concept. *Journal of Mental Health*, 33(1), 22-30. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2118685>

Navarre, K. M. (2025). "You sure she's not making this up?": A qualitative investigation of stigma toward adults with borderline personality disorder in physical healthcare settings. *Personality and mental health*, 19(1), e1646. <https://doi.org/10.1002/pmh.1646>

Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in nursing & health*, 22(4), 285-293. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199908\)22:4<285::aid-nur3>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199908)22:4<285::aid-nur3>3.0.co;2-r)

Nilsson, A. K. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N., & Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive psychiatry*, 51(5), 486-491. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.02.006>

Nordkamp, A., Roed, K., Videbech, P., & Midtgård, J. (2024). 'Throw me a life buoy, please': A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence regarding nurses' experiences of caring for inpatients with borderline personality disorder and/or non-suicidal self-injury. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 31(6), 1216-1229. <https://doi.org/10.1111/jpm.13077>

O'Brien, L., & Flöte, J. (1997). Providing nursing care for a patient with borderline personality disorder on an acute inpatient unit: a phenomenological study. *The Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 6(4), 137-147. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=9479087&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

O'Connell, B., & Dowling, M. (2013). Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(4), 27-33. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.12.17.4.27.e845>

Ogłodek, E., & Araszkiewicz, A. (2011a). The main directions of research on the causes conditioning the occurrence of the borderline personality disorders. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 31(184), 252-255. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22097186&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

Ogłodek, E., & Araszkiewicz, A. (2011b). [The main directions of research on the causes conditioning the occurrence of the borderline personality disorders]. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 31(184), 252-255. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22097186&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers 3ième édition.* [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2024). *Rapport annuel 2023-24.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/RA-2023-24-web.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025a). *Démystifier les troubles de la personnalité.* <https://www.oiiq.org/formation/detail/-/formation/FOP1075/demystifier-les-troubles-de-la-personnalite>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025b). *Les faits saillants de l'effectif infirmier au Québec* <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTNiNjNhZDAzZmNjZi00Y2I3LWI0OTItZmE4OTgzMWM4MmYxIwidCI6ImM4NDFmZDk2LTM5OTItNGViYi04YzYxLWIyMzY3MDY0NTZmMyIsImMiOjN9&pageName=ReportSection>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025c). *Valeurs de la profession infirmière.* <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). *Normes de formation continue.* <https://www.oiiq.org/formation/norme-de-formation-continue>

Papathanasiou, C., & Stylianidis, S. (2022). Experiences of Futility Among Nurses Providing Care to Patients With Borderline Personality Disorder in the Greek Mental Health System. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 60(6), 33-42. <https://doi.org/10.3928/02793695-20211119-02>

Pervin, L. A., & John, O. P. (1999). *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed). Guildford Press.

Poretti, V., Thimmaiah, R., & BadaMath, S. (2017). Medical and nursing students' attitudes toward mental illness: An Indian perspective. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(1), 86-94. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a10>

Proctor, J. M., Lawn, S., & McMahon, J. (2021). Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management—How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 28(4), 670-681. <https://doi.org/10.1111/jpm.12714>

Puri, P., Kumar, D., Muralidharan, K., & Kishore, M. T. (2021). Evaluating schema modes and cognitive distortions in borderline personality disorder: A mixed-method approach. *Journal of clinical psychology*, 77(9), 1973-1984. <https://doi.org/10.1002/jclp.23126>

Rahmani, B., Modaber, S., Basharpoor, S., & Mohamadnezhad, A. (2023). The role of affective-emotional temperament in predicting the self-injurious behaviors of borderline individuals. *Journal of Research in Psychopathology*, 4(12), 17-23. <https://doi.org/10.22098/jrp.2022.11045.1113>

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2013). A Short Scale for Assessing the Big Five Dimensions of Personality: 10 items Big Five Inventory (BFI-10). *Methods, data, analyses*, 7(17).

Ring, D., & Lawn, S. (2025). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 34(1), 57-77. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>

Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': an interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 31-54. <https://doi.org/10.1080/02650533.2011.579695>

Rochefort, C. M. (2019). Organisation des services infirmiers et pratique professionnelle: survol des données probantes *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 16(1), 44-47.

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 & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 29(2), 317-326. <https://doi.org/10.1111/jpm.12766>

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (Wiley-Blackwell), 16(6), 558-567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>

Rossberger, R. J. (2014). National Personality Profiles and Innovation: The Role of Cultural Practices. *Creativity & Innovation Management*, 23(3), 331-348. <https://doi.org/10.1111/caim.12075>

Rowe, A. K., de Savigny, D., Lanata, C. F., & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings. *Lancet*, 366(9490), 1026-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67028-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67028-6)

Russell, K. A., Swift, J. K., Penix, E. A., & Whipple, J. L. (2022). Client preferences for the personality characteristics of an ideal therapist. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 243-259. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1733492>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.

Sanders, D. H., & Allard, F. (1992). *Les statistiques une approche nouvelle* (2ième ). Chenelière Éducation

Sangeeta, Singh, C. K., & Dudi, J. (2023). Review on the Effects of Borderline Personality Disorder on Human Life. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 14(2), 265-270. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=164984731&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

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.

- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001>
- Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Scrandis, D. A. (2020). Narcissistic personality disorder: Challenges and therapeutic alliance in primary care. *Nurse Practitioner*, 45(5), 13-15. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000653968.96547.e7>
- Sévigny, R., Yang, W., Zhang, P., Marleau, J. D., Yang, Z., Su, L., Li, G., Xu, D., Wang, Y., & Wang, H. (1999). Attitudes toward the mentally ill in a sample of professionals working in a psychiatric hospital in Beijing (China). *The International journal of social psychiatry*, 45(1), 41-55. <https://doi.org/10.1177/002076409904500106>
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2011). Can Negative Attitudes toward Patients with Borderline Personality Disorder Be Changed? The Effect of Attending a Stepps Workshop. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 806-812. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806>
- Sihag, A. (2016). Factors affecting employee motivation for organizational effectiveness health care employees. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(2), 256-260.
- Sikand, M., Bhola, P., & Meena, K. S. (2025). Relationship-Specific Attachment and Mentalization as Predictors of Borderline Personality Features and Interpersonal Competence Among Emerging Adults. *Personality and mental health*, 19(1), e70009. <https://doi.org/10.1002/pmh.70009>
- Sims, C. M. (2017). Do the Big-Five Personality Traits Predict Empathic Listening and Assertive Communication? *International Journal of Listening*, 31(3), 163-188. <https://doi.org/10.1080/10904018.2016.1202770>

Solmi, M., Granziol, U., Boldrini, T., Zaninotto, L., & Salcuni, S. (2022). Stigma and attitudes towards restrictive practices in psychiatry among psychology students: a network and path analysis study in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 31(1), 66-74. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875405>

Solmi, M., Granziol, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S., & Zaninotto, L. (2020). Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *European Psychiatry*, 63(1), 1-9. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.14>

Stiles, C., Batchelor, R., Gumley, A., & Gajwani, R. (2023). Experiences of Stigma and Discrimination in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 177-194. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.177>

Strong, S. (2010). *The Effects of the Label Borderline Personality Disorder on Staff Attributions and Intended Behaviour*.

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>

Taşkale, N., Babcock, J. C., & Gottman, J. M. (2025). A Dyadic Analysis of the Relationships Between Antisocial and Borderline Personality and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(7/8), 1959-1974. <https://doi.org/10.1177/08862605241271378>

Treloar, A. J. C. (2009). A Qualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.

Treloar, A. J. C., & Lewis, A. J. (2008a). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 578-584. <https://doi.org/10.1080/00048670802119796>

Treloar, A. J. C., & Lewis, A. J. (2008b). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(11), 981-988. <https://doi.org/10.1080/00048670802415392>

Trépanier, S.-G., Forest, J., Fernet, C., & Austin, S. (2015). On the psychological and motivational processes linking job characteristics to employee functioning: Insights from self-determination theory. *Work & Stress*, 29(3), 286-305. <https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1074957>

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>

Vachon, N., & Leclerc, C. (2012). Réagir aux comportements déstabilisants. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 9(6), 28-30.

van der Linde, R. P. A., Huntjens, R. J. C., Bachrach, N., & Rijkeboer, M. M. (2023). Personality disorder traits, maladaptive schemas, modes and coping styles in participants with complex dissociative disorders, borderline personality disorder and avoidant personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(6), 1234-1245. <https://doi.org/10.1002/cpp.2892>

Vandyk, A., Bentz, A., Bissonette, S., & Cater, C. (2019). Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder. *International journal of mental health nursing*, 28(3), 757-765. <https://doi.org/10.1111/inm.12580>

Veenstra, G. L., Dabekaußen, K. F. A. A., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. A. (2022). Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health care management review*, 47(2), 155-167. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000284>

- Volkert, J., Gablonski, T.-C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 213(6), 709-715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- 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 & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 22(8), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jpm.12248>
- Webb, D., & McMurran, M. (2007). Nursing staff attitudes towards patients with personality disorder. *Personality and Mental Health*, 1(2), 154-160. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pmh.15>
- Weight, E. J., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), 34-38. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827>
- Welmers-van de Poll, M. J., Stams, G. J. J. M., van den Akker, A. L., & Overbeek, G. (2021). Therapists' Contributions to the Alliance in Home-Based Family Treatment: The Role of Alliance Building Behaviors, Personality, and Clinical Experience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 43(4), 306-319. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09597-3>
- Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 17(7), 657-662. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x>
- Wilson, N., Robb, E., Gajwani, R., & Minnis, H. (2021). Nature and nurture? A review of the literature on childhood maltreatment and genetic factors in the pathogenesis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 137, 131-146. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.025>
- Wolska, A., & Malina, A. (2020). Personality and attitudes towards people with mental disorders: Preliminary studies results. *The International journal of social psychiatry*, 66(3), 270-278. <https://doi.org/10.1177/0020764020906433>

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (Wiley-Blackwell), 15(9), 703-709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>

Wright, K., Haigh, K., & McKeown, M. (2007). Reclaiming the humanity in personality disorder. *International journal of mental health nursing*, 16(4), 236-246. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00480.x>

Wright, K., & Jones, F. (2012). Therapeutic alliances in people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 16(2), 31-35. <https://doi.org/10.7748/mhp2012.10.16.2.31.c9343>

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder A Clinical Guide*. American Psychiatric Publishing.

Yuan, Q., Seow, E., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, H. L., Samari, E., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Direct and moderating effects of personality on stigma towards mental illness. *BMC psychiatry*, 18(1), 358. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1932-3>

Yuan, Y., Lee, H., Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2023). A Systematic Review of the Association Between Early Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 16-35. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.16>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues in mental health nursing*, 36(4), 249-257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

## **ANNEXE 1**

### **Courriel de recrutement envoyé aux participants**

Bonjour,

Dans le cadre d'un projet de recherche de maîtrise mené à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), nous sommes actuellement en recrutement. L'étude a comme objectif de comprendre les attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL).

Si vous êtes infirmière ou infirmier, membre de l'OIQ, et que vous cumulez deux années d'expérience de travail en santé, vous pourriez nous aider à mieux comprendre le phénomène à l'étude.

La participation à l'étude prendra environ 20 minutes et elle contribuera à l'avancement des connaissances sur la pratique infirmière en santé mentale au Québec. Vous courrez également la chance de gagner un iPad en y participant.

Pour participer à cette étude, cliquez sur ce lien:  
<https://sondage.uqar.ca/index.php/974641?lang=fr>

Nous vous remercions d'avance de participer en très grand nombre!

Cathy Martineau inf. B.Sc. Frédéric Banville, Ph. D.



## ANNEXE 2

### Courriel envoyé aux membres de l'AQIISM

*L'AQIISM est heureuse de partager cette communication de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Pour toutes questions, merci de communiquer avec Cathy Martineau inf. B.Sc par courriel au [cathy.martineau@uqar.ca](mailto:cathy.martineau@uqar.ca).*



Bonjour,

Dans le cadre d'un projet de recherche de maîtrise mené à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), nous sommes actuellement en recrutement. L'étude a comme objectif de comprendre les attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL).

Si vous êtes infirmière ou infirmier, membre de l'OIIQ, et que vous cumulez deux années d'expérience de travail en santé, vous pourriez nous aider à mieux comprendre le phénomène à l'étude.

La participation à l'étude prendra environ 20 minutes et elle contribuera à l'avancement des connaissances sur la pratique infirmière en santé mentale au Québec. Vous courrez également la chance de gagner un iPad en y participant.

Pour participer à cette étude, [cliquez ici](#).

Nous vous remercions d'avance de participer en très grand nombre!

*Cathy Martineau inf. B.Sc. Frédéric Banville, Ph.D.*



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQIISM)

C.P. 89022 - CSP Malec Montréal, QC H9C 2Z3

T. 1-866-272-2856

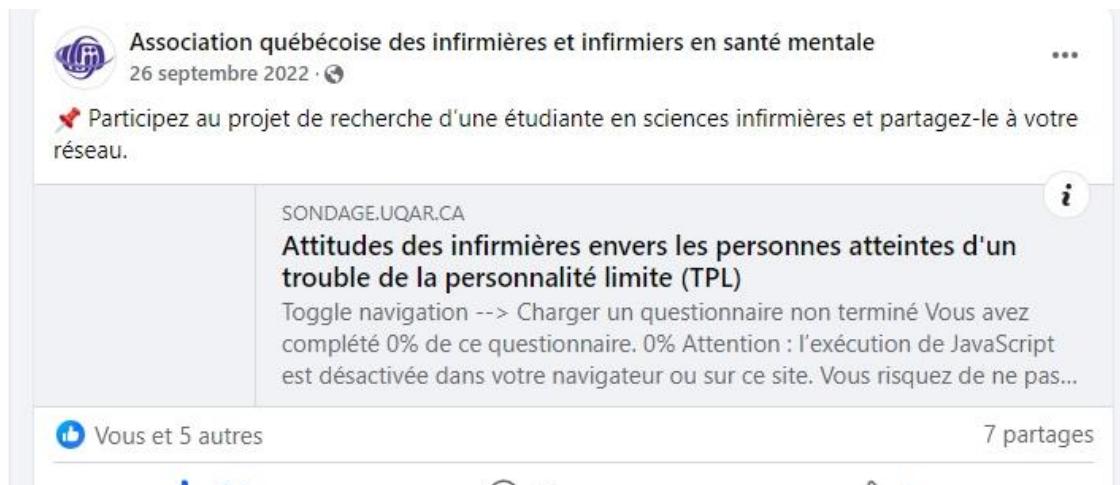
[info@aqiism.org](mailto:info@aqiism.org)

[www.aqiism.org](http://www.aqiism.org)



## ANNEXE 3

### Annonce publicitaire sur le site Facebook de l'AQIISM



Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale · 26 septembre 2022 · [Partager](#) · [... ·](#)

Participez au projet de recherche d'une étudiante en sciences infirmières et partagez-le à votre réseau.

SONDAGE.UQAR.CA

**Attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL)**

Toggle navigation --> Charger un questionnaire non terminé Vous avez complété 0% de ce questionnaire. 0% Attention : l'exécution de JavaScript est désactivée dans votre navigateur ou sur ce site. Vous risquez de ne pas...

1 Like · Vous et 5 autres · 7 partages



## **ANNEXE 4**

### **Sondage**

#### **Attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL)**

Avant de remplir le sondage, veuillez-vous assurer de lire attentivement le formulaire de consentement et de cocher en guise de signature à la fin du formulaire pour officialiser votre consentement à participer à l'étude.

Merci pour votre intérêt à participer à ce projet de recherche !

Il y a 23 questions dans ce questionnaire.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**TITRE DE LA RECHERCHE:** Attitudes des infirmières envers les personnes qui sont atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL)

Chercheur: Cathy Martineau, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Directeur de la recherche: Frédéric Banville, Professeur au département des Sciences de la santé de l'UQAR

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche auprès des humains de l'Université du Québec à Rimouski (CÉRUQAR).

Le numéro de certificat est CER-122-985.

Ce projet de recherche est financé par les fonds spéciaux de recherche du Professeur Frédéric Banville pour l'achat du prix de participation.

### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent.

Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous juger z utiles à l'étudiante-chercheure.

### 1. Objectif de la recherche

Le but de la recherche est de mieux comprendre les attitudes des infirmières québécoises envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL).

### 2. Participation à la recherche

Votre participation au projet consistera à répondre à quatre questionnaires en ligne sur la plateforme Lime Survey.

Cette plateforme est hébergée sur un site internet sécurisé de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

Le temps nécessaire pour compléter l'ensemble des questionnaires est estimé à environ 20 minutes.

### 3. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Pour protéger vos renseignements personnels, aucun renseignement personnel ne permettant de vous identifier ne sera recueilli sur la plateforme.

Si vous participez au sondage, vos coordonnées personnelles ne seront pas liées à vos réponses. De plus, le sondage en ligne sera

détruit à la fin de la recherche après l'étape de l'extraction des données.

En ce qui concerne le lieu de la conservation des données de l'étude, elles seront conservées dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheure. Le directeur de recherche y aura également accès afin d'aider à l'analyse des données obtenues. Ce seront les seules personnes qui auront accès aux données. L'ordinateur de l'étudiante-chercheure est protégé par plusieurs mots de passe. Après la fin du projet de recherche, les données seront conservées pendant cinq ans par le directeur de recherche dans son ordinateur.

Si vous souhaitez avoir accès aux résultats de la recherche, ils feront l'objet d'une publication dans la revue *Perspectives infirmières* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ) dans l'année suivant la fin du projet de recherche.

#### 4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la pratique infirmière en santé mentale au Québec. Vous pourrez également mieux vous connaître.

Cependant, il est possible que le fait de remplir les questionnaires vous amène à ressentir des émotions négatives. Ces émotions pourraient être occasionnées par la prise de conscience de certaines attitudes dans votre pratique infirmière auprès des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL). Si des émotions négatives persistent après avoir rempli les questionnaires, vous pourriez entrer en contact avec le programme d'aide aux employées (PAE) de votre employeur ou Info-social 811 pour parler à un intervenant 24/7.

Également le temps consacré pour répondre aux questionnaires (environ 20 minutes) représente un inconvénient de l'étude.

De plus, aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation à la recherche.

Finalement, si vous souhaitez en apprendre davantage sur les pratiques d'intervention adéquates auprès des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL), vous pourriez vous inscrire à une formation qui s'intitule *La Bonne Gestion Psychiatrique: une approche clinique de base pour le trouble de la personnalité limite* (Université McGill, 2021).

Cette formation aura lieu en ligne et en présence le 21 octobre 2022 prochain.

Voici le lien pour vous inscrire à cette formation si vous êtes intéressé(e) à y participer: <https://event.fourwaves.com/fr/bpdconferencetpl/pages>

## 5. Droit de retrait

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous avez le choix de ne pas répondre à une ou plusieurs questions si vous vous sentez mal à l'aise de répondre à la question et/ou peu importe le motif.

De plus, vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Pour se faire, il s'agit de fermer la page de votre navigateur internet. Si vous décidez de vous retirer de la recherche après avoir complété les questionnaires, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document.

Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

#### 6. Indemnité

Si vous le désirez, lorsque vous aurez terminé de remplir les questionnaires, vous serez redirigé(e) vers une page qui vous permettra de participer au tirage au sort d'un iPad.

#### 7. Autres renseignements

Si nécessaire, vous serez informé(e) de tout changement au projet de recherche qui pourrait affecter votre volonté à poursuivre votre participation à l'étude.

#### B) CONSENTEMENT

Pour toutes questions relatives à la recherche (question avant de répondre au sondage ou après avoir rempli le sondage), ou pour vous retirer de la recherche à tout moment, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheure Cathy Martineau à l'adresse courriel suivante: [cathy.martineau@uqar.ca](mailto:cathy.martineau@uqar.ca)

Également, si vous avez des questions que vous souhaitez poser directement par téléphone à l'étudiante-chercheure ou au directeur de recherche, vous pouvez les rejoindre au laboratoire de recherche au 1 800-511-3382 ou le 418 723-1986 poste 1060 et un suivi téléphonique vous sera fait dans les jours suivants.

En conclusion, je tiens à vous remercier pour votre participation à ce projet de recherche.

J'apprécie le temps et l'attention que vous prenez à répondre aux questionnaires.

Votre participation est précieuse à la réalisation de ce projet.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche (le cas échéant) et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Pour consentir, veuillez cocher la case j'accepte

\*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

J'accepte

## QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

### Quel âge avez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 18-29 ans
- 30-39ans
- 40-49ans
- 50-59ans
- 60-69ans
- 70 ans et plus
- Je préfère ne pas répondre

### Vous êtes:

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme
- Je préfère ne pas répondre.

## Dans quelle région du Québec travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Bas-Saint-Laurent
- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Capitale-Nationale
- Mauricie
- Estrie
- Montréal
- Outaouais
- Abitibi-Témiscamingue
- Côte-Nord
- Nord-du-Québec
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Chaudière-Appalaches
- Laval
- Lanaudière
- Laurentides
- Montérégie
- Centre-du-Québec
- Je préfère ne pas répondre

## Quel est votre milieu principal de travail?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- CH: centre hospitalier
- CHSLD: centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CISSS: centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS: centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- CLSC: centre local de services communautaires
- CPEJ: centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CR: centre de réadaptation
- GMF: groupe de médecine familiale
- Multi-sites
- RI et RTF: ressource intermédiaire et ressource de type familial
- RPA: résidence privée pour aînés
- Je préfère ne pas répondre

## Quel est votre principal milieu de soins/unité de soins?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Bloc opératoire/Unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil)
- Clinique de dépistage de la COVID-19
- Clinique/centre de vaccination COVID-19
- Unité de médecine
- Unité de chirurgie
- Urgence
- Obstétrique
- Pédiatrie
- Santé communautaire
- Santé mentale
- Santé publique
- Service Info-santé 811
- Soins de longue durée/Gériatrie
- Soins intensifs
- Clinique privée
- Je préfère ne pas répondre

## Quel est votre titre d'emploi?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Infirmier(ère)
- Infirmier(ère) clinicien(ne)
- Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)
- Infirmier(ère) conseiller(ère)
- Cadre intermédiaire
- Je préfère ne pas répondre

### Quel est votre statut d'emploi?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Permanent
- Non permanent
- Je préfère ne pas répondre

### Quel est votre horaire de travail?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Temps plein
- Temps partiel
- Employé(e) sur une liste de rappel
- Je préfère ne pas répondre

### Quel est votre quart de travail habituel?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jour
- Soir
- Nuit
- Rotation (jour, soir et nuit)
- Je préfère ne pas répondre

Au cours des six (6) derniers mois, combien d'heures supplémentaires avez-vous travaillé en moyenne par semaine? (Inscrivez uniquement la valeur numérique, par exemple si vous avez travaillé 12 heures supplémentaires en moyenne, inscrivez 12)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre niveau de scolarité complété le plus élevé?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Collégial
- Baccalauréat
- Diplôme ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Je préfère ne pas répondre

Quel est votre cheminement scolaire?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Formation initiale (DEC en soins infirmiers)
- Formation initiale (Baccalauréat en sciences infirmières)
- Formation intégrée (DEC en soins infirmiers - Baccalauréat en sciences infirmières)
- Je préfère ne pas répondre

**Combien d'années d'expérience avez-vous dans la profession infirmière? (incluant l'année en cours)**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Combien d'années d'ancienneté avez-vous dans votre établissement de soins actuels (incluant l'année en cours)?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Avez-vous suivi dans les dernières années une ou plusieurs formations sur le trouble de la personnalité limite (TPL)?**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**Si vous avez répondu oui, combien de formations sur le trouble de la personnalité limite (TPL) avez-vous suivi dans les dernières années?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

## Titres des formations

Veuillez écrire votre(s) réponse(s) ici :

Titre de la formation 1:

Année de la formation:

Durée de la formation (nombre d'heures):

Titre de la formation 2:

Année de la formation:

Durée de la formation (nombre d'heures):

Titre de la formation 3:

Année de la formation:

Durée de la formation (nombre d'heures):

Titre de la formation 4:

Année de la formation:

Durée de la formation (nombre d'heures):

Au cours de la dernière année, avez-vous eu à intervenir auprès de personnes qui étaient atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL)?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Sur une échelle de 0 à 10 (0 = absent et 10 = Très fortement), à quel niveau estimez-vous qu'il est motivant de travailler auprès des personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL)?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

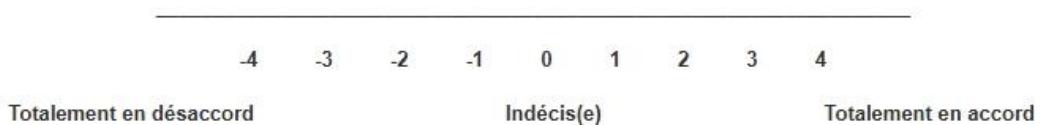
## *Échelle des attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de la personnalité limite (TPL)*

© Dominique Imbeau, Sébastien Bouchard, Miguel M. Terradas, Evens Villeneuve

## Instructions :

**Ce questionnaire comprend différents énoncés afin d'évaluer vos attitudes envers les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL)**

**Utilisez cette échelle pour répondre à chacun des énoncés suivants.**



\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :





*Échelle d'empathie de Jefferson (HP-version R)* (Hojat et al., 2001)

© Thomas Jefferson University 2001, Traduction française par Cécile Michaud Université de Sherbrooke Québec Canada

**Instructions:**

**S.V.P., indiquez, en remplissant le cercle approprié à la droite de chaque énoncé, l'importance de votre accord ou votre désaccord pour chacun des énoncés suivants.**

**Utilisez l'échelle en 7 points (un chiffre plus élevé indique un accord plus élevé).**

**Remplir une et seulement une réponse pour chaque énoncé.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

*Fortement en désaccord*

*Fortement en accord*

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :





*Big Five Inventory version française 10 items (BFI-Fr-10)*

© R. Courtois, J.M. Petot, O. Plaisant, B. Allibe, B., Ligner, C. Réveillère, G. Lecocq et O. John

**Instructions :**

**Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.**

**Par exemple, acceptez-vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres?**

**Écrivez à côté de chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :**

1	2	3	4	5
Désaprouve fortement	Désaprouve un peu	N'approuve ni ne désaprouve	Approuve un peu	Approuve fortement

Je me vois comme quelqu'un qui ...

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 (Désapprouve fortement)	2 (Désapprouve un peu)	3 (N'approuve ni ne désapprouve)	4 (Approuve un peu)	5 (Approuve fortement)
est réservé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a tendance à critiquer les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
travaille consciencieusement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
est relaxe, détendu, gère bien le stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a une grande imagination.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
est sociable, extraverti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fait généralement confiance aux autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a tendance à être paresseux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
est facilement anxieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
est peu intéressé par tout ce qui est artistique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vous avez maintenant terminé de répondre aux questions du sondage.**

**Merci de votre participation !**

Nous vous rappelons que si des émotions négatives persistent après avoir rempli les questionnaires, vous pourriez entrer en contact avec **le programme d'aide aux employés (PAE)** de votre employeur ou **Info-social 811** pour parler à un intervenant 24/7.

Également, si vous souhaitez en apprendre davantage sur les pratiques d'intervention adéquates auprès des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL), vous pourriez vous inscrire à une formation qui s'intitule *La Bonne Gestion Psychiatrique : une approche clinique de base pour le trouble de la personnalité limite* (Université McGill, 2021).

Cette formation aura lieu en ligne et en présence le 21 octobre 2022 prochain.

Si vous cliquez sur le lien pour la formation, il n'est pas possible de revenir à la page actuelle pour participer au concours.

À ce moment, je vous recommande d'ouvrir le lien dans un autre onglet.

Voici le lien pour vous inscrire à cette formation si vous souhaitez à y participer :  
<https://event.fourwaves.com/fr/bpdconferencetpl/pages>

Merci et bonne chance !

Finalement, si vous souhaitez participer au tirage au sort d'un iPad, cliquez sur le lien plus bas :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSemsqohw66efJiQx8Sn3OOU4xVK9tK7HVy7HYcIbPQPv56bw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSemsqohw66efJiQx8Sn3OOU4xVK9tK7HVy7HYcIbPQPv56bw/viewform?usp=sf_link)

Il est important de noter que votre participation au tirage au sort est **volontaire**.

De plus, les coordonnées des personnes obtenues ne serviront qu'au tirage au sort et elles seront détruites après le tirage.