

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
NORMAND VACHON

ÉTUDE DESCRIPTIVE DES RÉACTIONS ET DES COMPORTEMENTS
D'INFIRMIÈRES D'INFO-SANTÉ À L'ÉGARD D'USAGERS
AYANT DES COMPORTEMENTS DÉRANGEANTS

SEPTEMBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Dans le cadre de leur démarche systématique de soins, les infirmières d'Info-Santé doivent tenir compte des aspects bio-psycho-socio-culturels des usagers. Même en présence du volet social de ce service, l'infirmière se doit de faire la gestion des appels d'usagers ayant des problèmes de santé physique concomitants avec des troubles psychosociaux et mentaux. Dans ce contexte, plusieurs infirmières d'Info-Santé expriment avoir de la difficulté à établir une relation thérapeutique significative auprès d'usagers ayant des comportements dérangeants dont ceux caractéristiques d'un trouble de personnalité limite. Étant donné l'absence d'écrits empiriques sur le vécu d'infirmières travaillant dans un contexte de télépratique, auprès d'usagers ayant ce type de symptomatologie, une étude descriptive simple a été réalisée dans l'un des 15 services régionaux Info-Santé Info-Social de la province de Québec dans le but de décrire les réactions et les comportements d'infirmières impliquées dans une relation professionnelle de cette nature. Les résultats de cette étude montrent que les infirmières réagissent plutôt négativement à différents comportements dérangeants et qu'elles ressentent une gamme d'émotions à l'égard de ceux-ci. Les comportements d'infirmières s'avèrent variés et peuvent être regroupés en trois catégories : comportements de type défensif ayant pour but d'être en contrôle de la situation; comportements axés sur l'établissement d'une distance afin de mieux gérer ses émotions; comportements orientés sur une réflexion au sujet des réactions à l'égard des comportements de l'utilisateur.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Sommaire | i |
| Table des matières..... | ii |
| Liste des tableaux..... | v |
| Liste des figures | vi |
| Remerciements..... | vii |
| Introduction..... | 1 |
| Problématique | 4 |
| Préoccupation | 5 |
| Facteurs en cause et population étudiée | 7 |
| Fondements empiriques..... | 8 |
| Fondements théoriques..... | 10 |
| Solution proposée..... | 11 |
| But de la recherche..... | 11 |
| Questions de recherche..... | 12 |
| Recension des écrits..... | 13 |
| Les caractéristiques du trouble de personnalité limite | 14 |
| Réactions infirmières à l'égard du trouble de personnalité limite | 23 |
| Les principaux résultats..... | 35 |
| Synthèse des résultats sur les réactions des infirmières | 37 |
| La télépratique infirmière..... | 39 |
| Cadre de référence..... | 49 |
| Théorie du processus infirmier délibéré d'Orlando..... | 49 |
| Méthode | 54 |
| Définitions des concepts à l'étude..... | 55 |
| Réactions d'infirmières..... | 55 |
| Comportements d'infirmières..... | 55 |
| Info-Santé | 56 |
| Usagers | 56 |
| Comportements dérangeants..... | 56 |
| Type d'étude..... | 57 |
| Population ciblée | 57 |
| Échantillon et contrôle des variables étrangères | 58 |

| | |
|---|-----|
| Instrument de collecte de données | 59 |
| Déroulement de la recherche..... | 62 |
| Analyse des données | 63 |
| Considérations éthiques..... | 64 |
| Résultats..... | 66 |
| Validation du questionnaire de recherche | 67 |
| Caractéristiques sociodémographiques des participantes | 70 |
| Les réactions..... | 73 |
| Les comportements | 80 |
| Aspects liés à la gestion d'un TPL à Info-Santé..... | 86 |
| Discussion | 92 |
| Constats au niveau des réactions..... | 93 |
| Constats au niveau des comportements..... | 96 |
| Facteurs pouvant influencer les comportements | 98 |
| Liens avec le modèle théorique d'Orlando | 99 |
| Recommandations en lien avec la pratique..... | 100 |
| Critique de la démarche..... | 102 |
| Limites de l'étude | 102 |
| Diffusion et retombées attendues | 104 |
| Conclusion | 106 |
| Références..... | 109 |
| Appendice A - Questionnaire de recherche | 115 |
| Appendice B - Guide de validation..... | 137 |
| Appendice C - Formulaire d'informations..... | 160 |
| Appendice D - Texte publicitaire..... | 165 |
| Appendice E - Formulaire de consentement..... | 167 |
| Appendice F - Lettre d'entente de collaboration chef de service | 169 |
| Appendice G - Certificat d'éthique de l'UQTR..... | 173 |
| Appendice H - Lettre d'entente de collaboration direction générale..... | 175 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Appendice I - Données brutes..... | 179 |
| Données brutes 1 | 180 |
| Données brutes 2 | 181 |
| Données brutes 3 | 182 |
| Données brutes 4 | 183 |
| Légende des données brutes | 184 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Variables sociodémographiques des répondants | 71 |
| 2 | Expérience dans la profession et à la réponse téléphonique | 72 |
| 3 | Pourcentage des perceptions d’infirmières d’Info-Santé à l’égard des comportements présentés aux trois vignettes cliniques | 74 |
| 4 | Pourcentage des pensées d’infirmières d’Info-Santé à l’égard des comportements présentés aux trois vignettes cliniques..... | 74 |
| 5 | Pseudo khi-deux entre les perceptions et les pensées à l’égard des trois vignettes cliniques A, B et C | 76 |
| 6 | Pourcentage des différentes émotions choisies pour chacune des trois vignettes cliniques | 77 |
| 7 | Cooccurrences entre les émotions identifiées pour les trois vignettes cliniques | 78 |
| 8 | Moyenne et écart type des comportements d’infirmières pour chacune des vignettes cliniques | 81 |
| 9 | Analyse factorielle exploratoire de l’échelle des comportements d’infirmières d’Info-Santé | 83 |
| 10 | Moyennes des comportements pour chaque vignettes cliniques et HSD de Tukey | 84 |
| 11 | Synthèse et fréquence des réponses à la question 4 de la section 3 du questionnaire de recherche regroupées sous les trois thèmes identifiés | 91 |

Liste des figures

Figure

- 1 Diagramme de flux concernant les études au sujet des réactions
des infirmières à l'égard du TPL..... 25
- 2 Théorie du processus infirmier délibéré (Orlando, 1979),
adapté par Normand Vachon..... 50

Remerciements

Je tiens à remercier, de façon très particulière, les personnes qui ont eu un impact sur la réalisation de ce projet d'étude.

Premièrement, je remercie monsieur Claude Leclerc, Ph.D., professeur au département des sciences infirmières de l'UQTR et directeur de mon projet de recherche, qui a su me soutenir, me guider et m'encourager tout au long de cette aventure. Son expertise ainsi que la qualité de ses interventions ont su m'aider à garder le cap sur l'atteinte des objectifs que je m'étais fixés. Merci, également, au codirecteur de ce projet, monsieur Louis Laurencelle, Ph.D., professeur associé à l'UQTR, pour ses commentaires toujours pertinents et judicieux ainsi que pour son aide indispensable pour le volet statistique de cette étude.

Je tiens aussi à souligner que monsieur Mario Poirier, Ph.D., professeur à l'UQAM, madame Réjeanne Bergeron, collègue de travail à Info-Santé ainsi que madame Francine Courchesnes, directrice du programme de santé physique au CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska ont été les trois personnes à soumettre ma candidature au programme d'études de deuxième cycle en sciences infirmières à l'UQTR. Je veux vous remercier d'avoir cru en mes capacités à réaliser un projet d'étude de cette ampleur.

Merci à madame Caroline Labbé, infirmière de la centrale Info-Santé de la région 12, à madame Jeannine Dubé, assistante du supérieur immédiat à la centrale Info-Santé de la région 01 ainsi qu'à madame Sylvie Rochette, coordonnatrice d'activités et monsieur Jean Lachance, travailleur social et conseiller clinique, tous deux de la centrale Info-Santé de la région 06, pour leur généreuse contribution à la validation du questionnaire de recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble des enseignants du département des sciences infirmières au niveau du deuxième cycle pour leur rigueur, leurs encouragements, leurs conseils ainsi que leur passion pour la profession d'infirmière.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers mon partenaire de vie, Jean-Louis Laroche, pour m'avoir soutenu et avoir fait en sorte que je puisse croire en mes capacités de réaliser un tel projet. Sa présence inébranlable m'a donné l'élan d'aller jusqu'au bout.

Un merci tout spécial à mes parents, Jean-Marie Vachon et Pauline Roy, d'avoir toujours cru en moi ainsi qu'en l'importance des études et d'aller au bout de mes rêves. Merci à Chantal, Serge, Hugues (le fils aîné de Jean-Louis) ainsi que mes neveux et nièces d'être présents dans ma vie. Merci à mes amis, d'être là, dans les bons comme les mauvais moments.

Finalement, je veux dédier ce projet de recherche à la mémoire de Gabriel Laroche, le fils cadet de Jean-Louis, qui fut pour moi une inspiration de chaque moment. Gabriel, merci pour ta présence dans ma vie. Tu seras toujours dans mes pensées.

Normand Vachon

Introduction

L'infirmière travaillant dans un contexte de télépratique, comme c'est le cas à Info-Santé, doit faire la gestion d'une multitude de situations problématiques. De fait, elle doit parfois tenter d'établir une relation thérapeutique significative auprès d'utilisateurs présentant des comportements difficiles comme ceux caractéristiques d'un trouble de personnalité limite. Les comportements, les attitudes et les émotions vécues par les infirmières à l'égard de ce type d'utilisateurs ont déjà fait l'objet de quelques études. Cependant, les données empiriques actuelles sur ce sujet proviennent d'un contexte traditionnel de soins. C'est pour cette raison qu'il est proposé, dans le cadre de cette étude descriptive, de décrire et d'explorer les réactions et les comportements d'infirmières œuvrant dans un tout autre contexte : celui du travail en télépratique auprès d'infirmières travaillant dans l'un des 15 services régionaux Info-Santé Info-Social du Québec.

Les phases conceptuelle, méthodologique et empirique sont présentées dans la recherche proposée. Le premier chapitre expose la problématique en décrivant la préoccupation, les facteurs en cause dans le milieu, la population étudiée, les fondements empiriques et théoriques, la solution proposée, le but ainsi que les questions de recherche. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits et le cadre de référence. Le troisième chapitre porte sur la méthode et comprend les définitions des différents concepts à l'étude, le type d'étude, la population ciblée, l'échantillon et le

contrôle des variables étrangères, l'instrument de collecte des données ainsi que les considérations éthiques. La phase empirique complète cette étude par la présentation, dans le quatrième chapitre, des résultats et par la discussion de ceux-ci présentée au cinquième chapitre.

Le texte a été écrit en utilisant le féminin, sans préjudice pour le sexe masculin, dans le but d'alléger la présentation.

Problématique

Le premier chapitre présente la problématique de cette recherche. Elle comporte sept divisions : la préoccupation, les facteurs en cause et la population étudiée, les fondements empiriques, les fondements théoriques, la solution proposée, le but de la recherche ainsi que les questions de recherche.

Préoccupation

Dans leur travail au quotidien, les infirmières d'Info-Santé sont régulièrement confrontées à plusieurs types de comportements d'utilisateurs qui sont dérangeants. Elles mentionnent que les comportements caractéristiques d'un trouble de personnalité limite (TPL) le sont particulièrement et représentent ainsi un défi pour plusieurs d'entre elles en raison de l'intensité des réactions émotionnelles qu'ils provoquent chez elles (Cousineau, 1997). La prévalence du TPL serait de 2 % dans la population générale et atteindrait jusqu'à 10 % chez les individus vus en consultation psychiatrique et jusqu'à 20 % chez les personnes hospitalisées dans les services de psychiatrie (Guelfi, Crocq & American Psychiatric Association, 2003). En considérant le traitement de plus de 2,4 millions d'appels par année par le service Info-Santé (Québec, 2007) ainsi que le nombre important d'individus vivant avec un trouble de personnalité limite, il est fort probable que l'infirmière y travaillant soit exposée à des interactions teintées par des symptômes caractéristiques de ce trouble. Bien que l'ensemble des besoins au point de vue

psychosocial relève du mandat du volet Info-Social, les infirmières sont formées pour tenir compte des différents aspects biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels de l'utilisateur. Dans le cadre de leur démarche systématique de soins, elles doivent recueillir des informations sur ces aspects. Dès lors, l'infirmière sera toujours confrontée aux appels d'utilisateurs ayant des problèmes de santé physique concomitants avec des troubles psychosociaux et mentaux.

Par ailleurs, il est possible de constater que sur le terrain, plusieurs infirmières d'Info-Santé mentionnent avoir de la difficulté à établir une relation thérapeutique significative avec les utilisateurs ayant des comportements dérangeants, dont ceux étant caractéristiques d'un TPL. Selon LaForge (2007), elles se sentent particulièrement démunies et impuissantes lorsqu'elles font face à des demandes excédant le mandat de l'organisation où elles travaillent, à des réactions imprévisibles, à des menaces suicidaires, à des insultes, à des allusions dépréciatives sur leurs compétences; bref, à des réactions ou à des comportements pouvant s'apparenter à ce trouble. De plus, selon Fraser et Gallop (1993), ces infirmières ont de la difficulté à faire face aux émotions provoquées par les projections de ces utilisateurs qu'elles interprètent comme des attaques personnelles, plutôt que de les voir comme une expression de la détresse vécue par ceux-ci. Étant donné que le travail dans un contexte de télépratique auprès d'utilisateurs ayant ce type de symptomatologie peut conduire à des situations particulièrement stressantes pour le personnel infirmier, il apparaît essentiel de mieux connaître ce phénomène et de mieux cibler les besoins de formation future.

Facteurs en cause et population étudiée

Plusieurs facteurs peuvent avoir un impact sur les comportements et les attitudes adoptés par les infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants comme ceux qui caractérisent les personnes ayant un TPL. Le niveau de connaissances au sujet des symptômes de ce trouble ainsi que des réactions qu'ils peuvent susciter chez elles doit être pris en considération afin de faciliter la gestion de ce qu'elles vont percevoir, penser et ressentir à l'égard de ces usagers. Les habiletés en relation d'aide, les expériences personnelles de l'infirmière, leur personnalité ainsi que la fréquence où elle est en contact avec des usagers ayant ce type de comportements doivent également être considérés. Ne pas tenir compte de ces éléments peut représenter un obstacle majeur à un engagement significatif (processus empathique) auprès de ce type d'utilisateur (Fraser & Gallop, 1993; James & Cowman, 2007; Langley & Klopper, 2005; Markham, 2003). D'ailleurs, le manque de compréhension et de validation de ses sentiments risque d'amener l'utilisateur à se déresponsabiliser, à avoir des besoins impossibles à satisfaire, à être émotionnellement instable ainsi qu'à effectuer des appels à répétition (Brochu, 2001). Ces comportements risquent de provoquer un sentiment de peur, de démotivation, de colère et d'anxiété chez l'infirmière, en plus de l'amener à douter de ses capacités à pouvoir venir en aide à ce type d'utilisateur ou tout simplement, à le rejeter (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Ces éléments peuvent avoir un impact sur la non-rétention du personnel infirmier dans ce secteur d'activités de soins. Étant donné que

cette clientèle est encline à faire appel aux services de santé de première ligne, la population à l'étude est composée d'infirmières travaillant à Info-Santé.

Fondements empiriques

L'examen des fondements empiriques n'a pas permis de recueillir des informations spécifiquement en lien avec les réactions et les comportements d'infirmières à l'égard de ce type d'utilisateurs dans un contexte de télépratique. Toutefois, la littérature montre que dans un contexte clinique traditionnel de soins, les infirmières croient que les utilisateurs ayant un TPL sont dangereux (Markham, 2003). Il n'est donc pas surprenant qu'elles les perçoivent de façon négative (Cleary, Siegfried & Walter, 2002; James & Cowman, 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Celles travaillant dans le champ de pratique de la santé mentale et de la psychiatrie font également l'expérience d'attitudes et de réactions émotionnelles plus négatives envers les utilisateurs ayant un TPL qu'envers ceux ayant d'autres types de troubles mentaux (Deans & Meocevic, 2006; Fraser & Gallop, 1993).

Quelques auteurs ont tenté de donner des outils aux infirmières afin d'améliorer leurs relations thérapeutiques difficiles avec certains types de clientèle, dont l'utilisateur ayant un TPL, et les professionnels en soins. James et Cowman (2007), ont mis en lumière la nécessité d'une formation adéquate sur le TPL, l'instauration de lignes directrices pour guider les équipes multidisciplinaires ainsi que l'importance du soutien

clinique afin d'aider à gérer les réactions contre-transférentielles du personnel. Ces divers éléments peuvent aider à maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et la confiance des professionnels dans leurs capacités à donner des soins aux usagers ayant un TPL. De plus, Langley et Klopper (2005) ont proposé l'instauration d'une relation interpersonnelle thérapeutique. Ce type de contact prend tout son sens en présence d'usagers ayant un TPL et doit être vu comme un processus circulaire basé sur la confiance, où les comportements d'un individu sont affectés et affectent ceux de l'autre personne.

Ricard, Bonin, Beauchamp, Pontbrian et Grégoire (2005) ont montré que la télépratique exige d'effectuer une démarche globale de relation d'aide ainsi qu'une démarche de soins allant au-delà de la simple référence. En fait, elle nécessite des compétences comportementales spécifiques au niveau du savoir (troubles mentaux), du savoir-être (habiletés en relation d'aide, autonomie, jugement, confiance en soi, capacité de se remettre en question) et du savoir-faire (habiletés de communication, enseignement) (Kevin, 2002; Moore, 2001; Ricard et al., 2005; Valanis et al., 2007). D'ailleurs, les aspects liés à la qualité de la relation interpersonnelle infirmière-client dans un contexte de télépratique se sont avérés des facteurs significatifs à prendre en considération quant à la satisfaction de la clientèle (Hagan & Garon, 1998; Valanis et al., 2007). L'infirmière doit également développer des habiletés spécifiques à la réponse téléphonique afin de gérer efficacement les interactions entre elle et l'utilisateur. Dans le but de compenser l'absence d'indices visuels, elle peut se servir d'expériences antérieurement vécues pour les adapter au contexte téléphonique. L'utilisation judicieuse de sa voix, la

personnalisation de l'appel, la confidentialité et une saine justification des actions posées lui permettent de renforcer la relation de confiance et de rassurer l'utilisateur dans les conseils qui lui seront prodigués (Pettinari & Jessopp, 2001).

Fondements théoriques

Le modèle théorique d'Orlando (1979) est un choix pertinent pour servir de guide à cette étude. Cette théorie est interactive et dynamique, c'est-à-dire que l'action se passe, en trois étapes, entre l'infirmière et le patient. Le processus débute avec le comportement de l'utilisateur. Par la suite, il y a la réaction de l'infirmière. Cette étape comprend trois éléments qui se réalisent de façon automatique : la perception, la pensée et l'émotion. L'infirmière valide ensuite si sa réaction lui permet d'identifier correctement le besoin de l'utilisateur. Ce processus l'amène, en accord avec le client, à amorcer des actions requises pour combler ses besoins. Ces comportements de l'infirmière peuvent être délibérés (respectant les besoins de l'utilisateur) ou automatiques (Peterson & Bredow, 2009).

L'aspect interactif de cette théorie s'intègre bien au processus de traitement des appels à Info-Santé car l'épisode de soins est bref (Moore, 2001). La deuxième phase, où l'infirmière analyse et partage ses réactions avec le client afin de s'assurer qu'elle identifie correctement ses besoins, est également conforme avec un des principes fondamentaux dans la gestion de comportements caractéristiques d'un TPL, soit d'être consciente et à l'affût de ce que ce trouble peut susciter comme émotions et réactions

chez l'intervenante (réactions contre-transférentielles) (Cousineau, 1997; Dawson, 1993; Fraser & Gallop, 1993).

Solution proposée

L'étude actuelle est importante et justifiée puisqu'elle s'insère au début d'un processus visant, dans un premier temps, à fournir une meilleure connaissance de la situation en décrivant les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers ayant des comportements caractéristiques d'un trouble de personnalité limite. Les résultats pourront, dans un second temps, être diffusés dans l'ensemble des 15 centrales Info-Santé et Info-Social du Québec et servir de base à l'élaboration de stratégies de formation et d'outils dans le but de venir en aide aux infirmières d'Info-Santé qui doivent intervenir avec des usagers présentant des comportements difficiles.

But de la recherche

Le but de cette recherche est de décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers aux prises avec des troubles mentaux qui ont des comportements dérangeants.

Questions de recherche

Deux questions de recherche sont posées dans cette étude.

Q1. Quelles sont les réactions d'infirmières œuvrant dans un service Info-Santé à l'égard d'utilisateurs présentant des comportements dérangeants, souvent présentés par des personnes associées au TPL? Plus précisément, les réactions correspondant à :

- leurs perceptions;
- leurs pensées;
- leurs émotions.

Q2. Quels sont les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants, souvent présentés par des personnes associées au TPL?

- Quels sont les regroupements significatifs ou les sous-ensembles de comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants?
- Quelles sont les relations entre les comportements adoptés par les infirmières d'Info-Santé et :
 - leur nombre d'années d'expérience à la réponse téléphonique?
 - leur niveau de scolarité?
 - leur quart de travail?

Recension des écrits

La présente revue de littérature a permis de réunir plusieurs informations au sujet des usagers ayant un trouble de personnalité limite et des professionnels travaillant auprès d'eux. Toutefois, les données sont peu nombreuses concernant ce sujet dans un contexte de télépratique comme c'est le cas à Info-Santé. Cette recension des écrits vise donc, dans un premier temps, à définir ainsi qu'à explorer les différentes caractéristiques du trouble de personnalité limite (TPL), à explorer les réactions des infirmières à l'égard d'usagers ayant un TPL et à définir la télépratique infirmière. Dans un deuxième temps, la revue des écrits présente la théorie du processus infirmier délibéré d'Orlando qui constitue le cadre de référence pour la réalisation de cette étude.

Les caractéristiques du trouble de personnalité limite

Avant de définir ce qu'est le trouble de personnalité limite, il incombe de faire la distinction entre un trait et un trouble de la personnalité. Selon Brochu (2001), le trait se définit comme une variation de la normalité alors que le trouble est plutôt abordé comme un état pathologique présent lorsque les traits deviennent rigides, mésadaptés et plus apparents lors de périodes de stress intense. La personnalité peut être abordée selon ses deux composantes, soit le tempérament (inné, lié à la biologie et à la génétique) et le caractère (acquis, lié à l'éducation, à l'apprentissage, à la culture, à l'intériorisation des relations significatives et des mœurs sociales) (Brochu, 2001).

Il est également pertinent de faire la distinction entre un trouble névrotique qui est autoplastique (tourné vers le sujet lui-même) ainsi qu'égodystonique (créant un malaise pour la personne elle-même) et un trouble de personnalité, ce dernier étant à l'opposé, alloplastique et égosyntonique.

Dans le DSM-IV-TR (Guelfi et al., 2003), les troubles de personnalité sont divisés en trois groupes. Le trouble de personnalité limite fait partie de celui du drame ou du désordre. Dans ce groupe, on retrouve également les troubles de personnalité antisociale, histrionique et narcissique, et ce sont ces troubles de personnalité qui présentent le plus souvent des comportements perturbateurs (Ménard, 1997).

Toujours selon le DSM-IV-TR (Guelfi et al., 2003), cinq des neuf critères spécifiques au TPL doivent être présents afin de confirmer ce diagnostic. Il s'agit de l'impulsivité, de la crainte constante d'être abandonné, de la présence de relations interpersonnelles instables et intenses (tendance à tout polariser), de gestes ou de menaces suicidaires et d'automutilations, de colères intenses et inadéquates, de perturbation de l'identité, d'instabilité affective, de sentiments chroniques de vide et de symptômes paranoïdes et dissociatifs lors de situations de stress. En résumé, la personne présentant un trouble de personnalité limite se caractérise par une réponse rigide et mal adaptée au stress, des réactions problématiques amenant des conflits dans les relations interpersonnelles et la fusion des frontières personnelles dans les relations plus intenses (Brochu, 2001).

Pour l'infirmière d'Info-Santé, ces symptômes pourront être détectés par la façon dont l'utilisateur se comportera au téléphone ainsi que dans la manière dont il va interagir avec celle-ci lors de l'évaluation de ses besoins et des conseils qui lui seront donnés.

Ce type d'utilisateur est susceptible de faire des demandes multiples, mal circonscrites et d'appeler à plusieurs reprises pour un même problème. Ce genre de comportement a pour conséquence de prendre énormément de temps aux professionnels. De plus, la tendance à mettre en échec la plupart des solutions qui lui sont apportées est fréquemment présente chez les personnes souffrant de ce trouble. Les manifestations de complications inhabituelles quant aux problèmes de santé physique peuvent aussi faire partie du tableau clinique caractéristique de l'utilisateur ayant un TPL (La Forge, 2007).

Étant confronté à une peur constante d'être rejeté (Guelfi et al., 2003), l'utilisateur avec ce type de trouble est susceptible de présenter des changements brusques de comportements et de manifester de l'agressivité par des propos menaçants, des injures ou des cris au bout du fil. Il peut également utiliser le passage à l'acte pour échapper aux événements conflictuels. Ce mécanisme est aussi un moyen utilisé par le soignant, le milieu thérapeutique et la société en général devant un patient agressif (Talbot, 1989). Ces caractéristiques amènent l'utilisateur avec un TPL à refuser l'aide offerte et à blâmer l'entourage et la société en général pour tout ce qui lui arrive (Brochu, 2001; Ménard, 1997).

Selon Ménard (1997), les clients avec un trouble de personnalité ont un schéma relationnel pathologique basé sur une prétention à l'irresponsabilité. Ce même schéma peut amener les professionnels à vouloir les prendre en charge et à se sentir responsables et coupables (contre-transfert négatif) plutôt que de favoriser leur responsabilisation. Le rejet brutal ou la surimplication de l'infirmière causés par le contre-transfert négatif et positif ne peuvent que renforcer les attitudes inadéquates de l'utilisateur en plus d'entretenir le cycle de sa pseudo-irresponsabilité. Le schéma relationnel du trouble de personnalité limite ne fait pas exception à cet état de fait, car il est également basé sur l'irresponsabilité et sur des besoins impossibles à satisfaire (Brochu, 2001). Ce phénomène l'amènera donc à avoir des conduites et des façons de réagir peu flexibles et intenses (Braverman & Shook, 1987). Il aura aussi tendance à critiquer facilement le service Info-Santé et à faire des demandes excédant les compétences et le mandat de celui-ci. Par exemple, peut demander à l'infirmière de lui donner un diagnostic médical pour la situation qu'il vit ou il peut faire une demande de soins à domicile même s'il n'a aucun suivi actuel à ce niveau.

En faisant appel au service Info-Santé, l'utilisateur demande donc que l'infirmière fasse quelque chose pour lui alors que sa demande véritable et inavouée représente plutôt une prise en charge totale de tous ses problèmes relationnels, y compris une déresponsabilisation face à l'ensemble des conséquences de ses actes (Brochu, 2001). Si

l'infirmière permet que s'installe chez l'utilisateur une relation d'adoration et de dépendance (fantasme du sauveur chez le professionnel), ses craintes d'abandon chroniques seront tôt ou tard réactivées lorsque celle-ci ne sera plus « parfaite » à ses yeux et qu'elle ne pourra pas en « donner plus ». Le client réclamera alors, par des comportements inadéquats comme des menaces suicidaires ou des gestes d'automutilation, une intervention salvatrice de la part de l'infirmière (Ménard, 1997).

En plus des symptômes décrits précédemment, certains mécanismes de défense primitifs peuvent également ressurgir lors d'interactions thérapeutiques avec l'infirmière d'Info-Santé. Le clivage est probablement le mécanisme de défense ayant le plus d'impact sur l'intervenant et l'équipe de soins (Braverman & Shook, 1987). C'est également celui qui est le plus utilisé par l'individu ayant un trouble de personnalité limite. En fait, il témoigne d'un mode relationnel global et primitif. Au sein d'un service composé de plusieurs infirmières, comme c'est le cas à Info-Santé, ce comportement les amène à osciller entre la prestation excessive de soins et le rejet pur et simple de l'utilisateur. Ce phénomène est en partie causé par le système interne conflictuel et ambigu du TPL, lequel, selon La Forge (2007), l'amène à tout polariser (impossibilité d'intégrer une image bonne et mauvaise des autres) et à rechercher, dans l'ici-maintenant, des solutions et des relations interpersonnelles pouvant répondre à ses conflits internes. Le niveau de communication adopté et axé sur la négociation va amener l'équipe de soins à vivre les mêmes conflits internes que ceux vécus par l'utilisateur ayant un TPL.

Selon Braverman et Shook (1987), l'identification projective est un autre mécanisme de défense utilisé par ces usagers. Elle se produit lorsque l'individu déplace vers l'intervenant l'agressivité qu'il a envers lui-même. Ce mécanisme de défense permet à l'usager de projeter sur l'infirmière ce qu'il n'aime pas de lui ou des personnes importantes dans sa vie afin de s'en défaire (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1995).

Tous les symptômes, caractéristiques et mécanismes de défense décrits précédemment s'avèrent des éléments utiles à connaître afin de dépister le problème et choisir les stratégies les mieux adaptées pour intervenir et répondre aux besoins des usagers ayant un trouble de personnalité limite. Cependant, le fait de décrire une série de manifestations cliniques ne suffit pas pour bien comprendre ou intégrer la dynamique d'un phénomène comme le trouble de personnalité limite. C'est pourquoi la connaissance d'un modèle ou d'une théorie, telle que celle des schémas inadaptes et des modes de Young, peut apporter une compréhension plus poussée, complémentaire d'un modèle descriptif comme celui du DSM, par exemple (Young, Klosko & Weishaar, 2005).

Parmi les modèles d'intervention qui ont été proposés pour traiter les troubles de personnalité limite, le seul qui est appuyé par des recherches concluantes porte sur la thérapie dialectique comportementale de Linehan (Bégin & Lefebvre, 1997). Puisque les données provenant de la recherche dans ce domaine sont actuellement insuffisantes, le

besoin de s'appuyer sur un modèle théorique ou conceptuel s'avère d'autant plus justifié afin de comprendre ces usagers et de donner un sens aux interventions.

L'approche psychodynamique et cognitivo-comportementale, les deux principales démarches en la matière, ont dû s'adapter et surtout adopter des techniques provenant de différentes écoles de pensée. Par exemple, l'approche cognitive de Young des troubles de la personnalité est une combinaison des approches qui découlent de la théorie cognitivo-comportementale, de la théorie psychodynamique et de l'approche existentielle humaniste. (Cousineau & Young, 1996).

L'écllosion d'un trouble de personnalité serait, selon plusieurs cliniciens provenant particulièrement de l'école cognitivo-comportementale, en lien avec des prédispositions biologiques sur la notion de tempérament. Cependant, la majorité s'entend sur la présence de traumatismes physiques et psychologiques durant l'enfance pour expliquer les difficultés éprouvées par la personne TPL avec la régulation et la modulation de ses émotions (Cousineau, 1997).

Dans la théorie de schémas de Young, il est reconnu que le jeune enfant a des besoins fondamentaux (être aimé inconditionnellement, protégé, valorisé, responsabilisé, compris, et sentir des limites). La non-satisfaction de ses besoins combinée à des prédispositions génétiques amènera la création d'émotions primaires. Ces émotions vont alors se cristalliser dans la mémoire à long terme de l'enfant pour former des schémas précoces

inadaptés. Les schémas ainsi formés vont finir par s'intégrer à la personnalité et former les traits stables de l'individu qui auront un impact sur sa façon de penser, d'agir et d'entrer en relation avec les autres. Lorsque l'enfant deviendra adulte et qu'il sera exposé à des situations lui rappelant ses expériences infantiles traumatisantes, il y aura alors réactivation de ses émotions primaires, ce qui provoquera la mise en place des schémas précoces inadaptés. L'individu voudra donc se protéger de ces émotions négatives en adoptant des façons de réagir (maintien, évitement et compensation) qui auront plutôt l'effet contraire en renforçant ses croyances (Hahusseau, 2007; Young et al., 2005).

Il y a 18 schémas inadaptés précoces (Young et al., 2005). Certains de ceux-ci sont considérés comme étant inconditionnels (plus précoces et plus centraux) alors que les autres sont conditionnels (développement tardif). Chez l'utilisateur ayant un TPL, plusieurs des schémas inadaptés présents sont inconditionnels. Ce ne sont pas leur présence en grand nombre et leur sévérité qui posent un problème, mais plutôt les stratégies extrêmes que ces utilisateurs utilisent pour s'adapter à ceux-ci (Young et al., 2005).

L'approche orientée sur les schémas de Young présente aussi un modèle où le thérapeute doit identifier la présence de quatre modes de fonctionnement inadaptés : l'enfant abandonné, le protecteur détaché, le parent punitif et l'enfant en colère. Les modes, formés à partir du regroupement de plusieurs schémas, se cristallisent à partir des différents styles d'adaptation utilisés par l'utilisateur ayant un TPL. Le concept des modes (différentes facettes du soi) permet également de comprendre le passage d'un mode de

fonctionnement à un autre de façon abrupte et marquée chez l'usager ayant un TPL. Ces passages abrupts seraient dus à deux facteurs : l'environnement et la dimension biologique (Young et al., 2005).

La théorie des schémas de Young permet à l'infirmière de comprendre plus facilement ce qui peut amener une personne à avoir des comportements dysfonctionnels. En plus, les modes peuvent être utiles et aider l'infirmière à visualiser ou se faire une image mentale de l'état dans lequel l'usager se situe au moment de l'interaction. Cette approche permet également à l'infirmière d'être conscientisée par rapport à la fréquence importante de traumatismes infantiles dans la genèse du trouble de personnalité limite (Cousineau, 1997).

Pour l'infirmière, la compréhension de l'usager ayant un TPL est facilitée si elle peut concevoir les quatre modes comme des représentations des états émotionnels très changeants de ces usagers. Par exemple, lorsque l'individu crie ou qu'il a des manifestations de frustration et d'agressivité, il est dans le mode « enfant coléreux ». Lorsqu'il manifeste de la tristesse et de la vulnérabilité, il est plutôt dans le mode « enfant abandonné ». Lorsque le client devient dur et adopte un ton très critique, il est alors dans le mode « parent punitif ». Également, lorsqu'il apparaît apathique, avec un affect plat et un ton mécanique, il est alors dans le mode du « protecteur détaché ». Enfin, lorsqu'il communique de façon aimante et adéquate, il s'exprime à travers le mode de « l'adulte sain » (Young et al., 2005).

Réactions infirmières à l'égard du trouble de personnalité limite

Les étapes du processus de recherche inspiré d'une analyse intégrative de la littérature ont été utilisées pour repérer les études significatives au sujet du concept « réactions infirmières ». La question qui guide cette recherche est la suivante : quelles sont les réactions des infirmières à l'égard du trouble de personnalité limite? Les principaux mots clés utilisés sont : « borderline personality disorder » et « nurs* ».

La stratégie préconisée afin d'effectuer la recherche de la littérature a consisté à consulter différentes bases de données, dont Cinahl, PsycINFO et Medline, en ce qui a trait aux textes publiés. Pour les bases Cinahl et Medline, le mot clé « personality disorder » fut utilisé en tant que terme majeur « MW » dans le dictionnaire de ces bases et est relié, avec l'opérateur booléen « and », par le terme « nurs » suivi du troncage et sans champ de recherche précis. Dans la base PsycINFO, le mot clé « personality disorder » fut utilisé en tant que mot à l'intérieur du terme majeur « MJ » dans le dictionnaire de cette base et est également relié, avec l'opérateur booléen « and », par le terme « " nurs »" suivi du troncage et sans champ de recherche précis. Pour ce qui est de la littérature grise, la base « Dissertations and Theses- Full Text » fut également consultée. Dans cette base, l'utilisation du mot clé « personality disorder » est faite à l'intérieur d'une recherche avancée et est reliée par le terme « nurs » suivi du troncage à l'intérieur des champs suivants : citation et résumé. Pour les bases Cinahl, PsycINFO et

Medline, le critère utilisé quant à la date de parution fut 1989-2008 alors que pour la base « Dissertations and Theses- Full Text », aucune limite de temps n'a été appliquée. L'option revue par les pairs fut également appliquée sur les bases Cinahl et PsycINFO. Cette stratégie a permis de répertorier un total de 223 documents.

La sélection des études répertoriées a été effectuée par l'utilisation de quatre critères d'inclusion soit : échantillons composés à 30 % et plus d'infirmières, trouble de personnalité limite en avant-plan, études quantitatives et qualitatives ainsi que les textes disponibles en français et en anglais. La lecture de l'ensemble des résumés des 223 documents a permis d'en éliminer 194, car ceux-ci ne répondaient pas aux critères d'inclusion précédemment mentionnés. Des 29 études résultant de ce processus, 16 étaient des doublons. Une fois ces doublons retirés, le corpus final se compose de 12 études répondant aux critères d'inclusion déterminés au début de ce processus. Le diagramme de flux résume la démarche effectuée et est présenté à la figure 1.

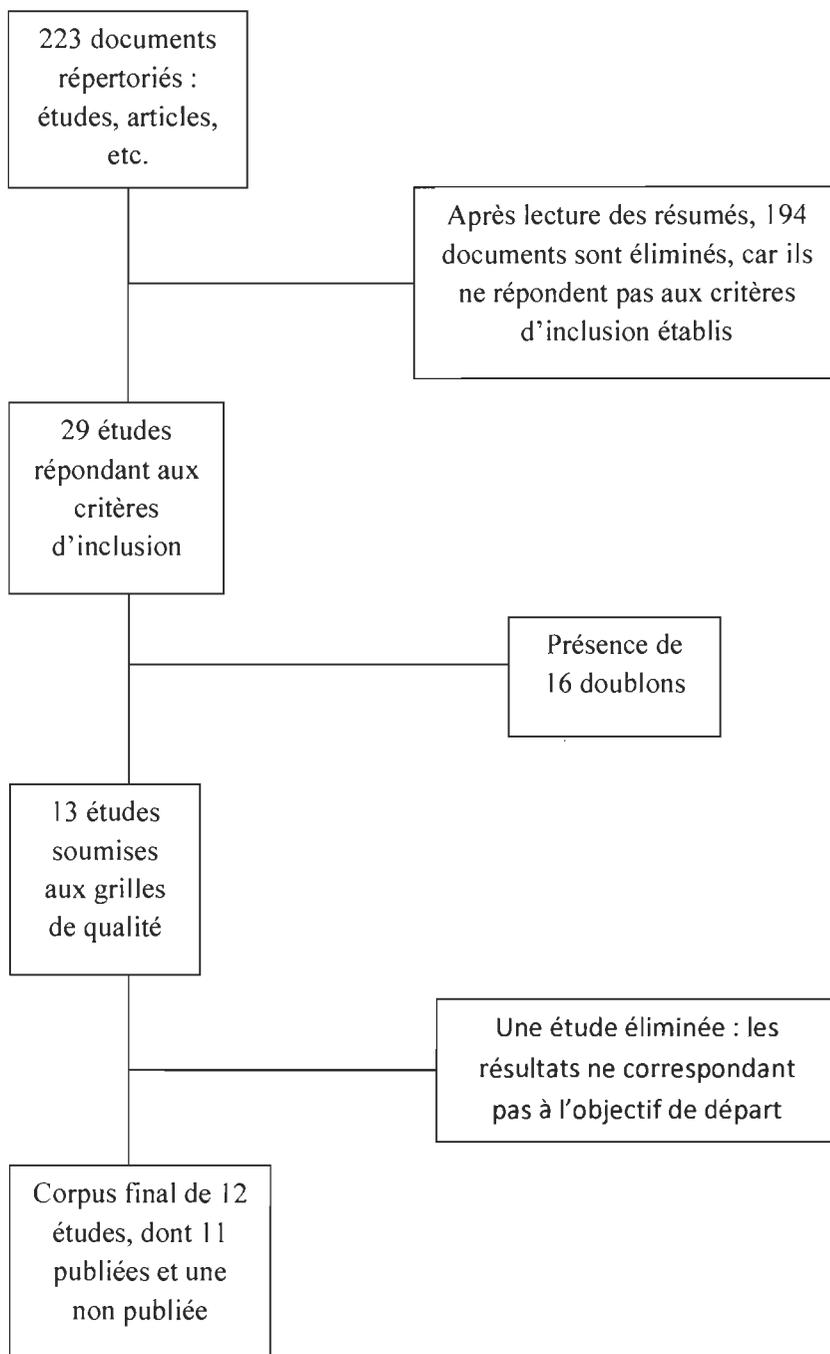


Figure 1. Diagramme de flux de la démarche de recherche de la littérature

Les textes de l'ensemble des études retenues ont tous été lus attentivement afin d'en assurer la compréhension et d'en faire la critique. Trois grilles d'analyse ont été utilisées pour apprécier la validité et la pertinence des études retenues (Paterson, Thorne, Canam & Jellings, 2001; Thomas, Ciliska, Dobbins & Micucci, 2004; Sindhu, Carpenter & Seers, 1997). Les grilles pour l'évaluation des recherches quantitatives non expérimentales et aléatoires sont une traduction libre et une adaptation de Michèle Côté, inf. Ph. D., avec la collaboration de France Cloutier, inf. Ph. D. La grille pour l'évaluation des recherches qualitatives est une traduction et une adaptation libre de Michèle Côté.

L'extraction des données a été faite en complétant une grille qui comprend les éléments suivants : l'auteur, l'année et le lieu de la recherche, le but de la recherche primaire, le type de recherche, l'échantillon de la recherche, la méthode de collecte de données et les principaux résultats en lien avec la question ou le problème de recherche.

La recension des écrits portant sur les réactions de l'infirmière à l'égard des usagers ayant un trouble de personnalité limite (TPL), a permis de répertorier 12 études sur ce sujet. L'analyse des résultats a été effectuée en regroupant les données recueillies en fonction des différents devis utilisés. Deux études de nature qualitative ont permis d'explorer ce phénomène en profondeur alors que six recherches ayant fait l'usage d'un devis descriptif et quantitatif ont plutôt permis de l'illustrer et de le décrire. Trois autres études ont plutôt utilisé un devis corrélationnel pour mesurer les relations entre ce trouble

et les différentes variables dont le niveau d'empathie, l'optimisme, la colère, les comportements aidants, l'expérience personnelle, le degré de distance sociale et les perceptions quant au degré de dangerosité. Pour terminer, une seule recherche a fait l'usage d'un devis pré-expérimental pour tester l'effet d'une intervention sur les comportements des professionnels à l'égard du TPL.

L'étude de James et Cowman (2007) avait pour but de décrire les comportements et les attitudes des infirmières qui donnent des soins aux usagers ayant un TPL. Cette étude de nature descriptive a porté sur les comportements de 157 infirmières travaillant en psychiatrie. La population-cible était composée de l'ensemble des infirmières des services de psychiatrie de Dublin, en Irlande. L'outil utilisé fut un questionnaire en cinq sections provenant de l'adaptation d'un questionnaire antérieurement utilisé dans une étude australienne sur le même sujet. Les résultats indiquent que les infirmières considèrent ces clients comme étant difficiles à soigner et croient que les soins donnés sont inadéquats. Pour ce faire, elles doivent avoir un niveau de formation approprié sur ce trouble et bénéficier d'un support adéquat pour arriver à mieux intervenir auprès des clientèles difficiles.

L'étude de Fraser et Gallop (1993) a également utilisé un devis de nature descriptive comparative. Elle avait pour but d'explorer si, dans une situation de groupe, les patients avec un TPL recevaient moins de réactions empathiques de la part des infirmières que les clients ayant un diagnostic de schizophrénie. En plus, cette recherche

voulait examiner si les réactions émotives des infirmières étaient plus négatives envers les clients avec un TPL qu'envers ceux ayant un diagnostic de schizophrénie. Pour ce faire, on a eu recours à un échantillon composé de 164 clients et de 17 infirmières. L'outil de mesure était l'échelle de confirmations/non-confirmations de Heineken ainsi que l'échelle de réactions du personnel de Colson. Cette étude a permis de mettre en lumière que les infirmières ont tendance à être moins empathiques et éprouvent des émotions plus négatives envers les clients ayant un TPL qu'envers ceux ayant un diagnostic de schizophrénie.

Une autre étude de nature descriptive, celle de Cleary et al. (2002), avait pour but d'obtenir des données de base afin de développer un programme de formation en regard de la gestion des clients ayant un TPL. L'échantillon regroupait 229 professionnels de la santé et était composé d'infirmières à plus de 60 %. L'outil de mesure était un questionnaire composé de 23 items. Les résultats de l'étude indiquent que la majorité du personnel considère le client TPL comme difficile. La clientèle avec ce trouble représente un défi pour les équipes de soins et justifie le développement de services adaptés à leurs besoins ainsi que l'élaboration de stratégies pour former et soutenir le personnel impliqué dans la dispensation de soins à ce type d'usagers.

L'étude de Deans et Moecevic (2006) a également utilisé un devis descriptif afin de décrire les attitudes des infirmières travaillant en psychiatrie à l'égard des patients ayant un diagnostic de TPL. Un échantillon de convenance, composé de 65 infirmières

provenant d'une unité de psychiatrie et de différents services communautaires psychiatriques à Melbourne en Australie fut réuni. Un questionnaire composé de 50 items et d'échelles de type Likert a servi d'outil afin d'effectuer le sondage. Cette recherche a permis de mettre en lumière qu'une proportion élevée d'infirmières travaillant en psychiatrie fait l'expérience d'attitudes et de réactions émotionnelles négatives envers les clients ayant un TPL. Le tiers de ces infirmières qualifie ces usagers de manipulateurs et rapporte que ces clients leur font vivre de la colère, en plus de ne pas toujours savoir comment gérer leurs comportements.

Treolar et Lewis (2008a) ont réalisé une étude, de nature descriptive comparative, qui avait pour but de décrire les attitudes des cliniciens travaillant à l'urgence et en santé mentale, à l'égard des clients ayant un diagnostic de TPL. Également, cette recherche voulait comparer ces mêmes attitudes entre différents groupes de professionnels travaillant auprès des clients ayant ce trouble et présentant des comportements d'automutilation. Pour mesurer les comportements des 140 professionnels de la santé impliqués dans cette étude, deux outils furent administrés dont un questionnaire démographique et le questionnaire ADSHQ (Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire) composé de 33 items avec une échelle de type Likert en quatre points. Cet échantillon était composé à 69 % d'infirmières provenant de l'urgence et de la santé mentale. Les résultats obtenus donnent à penser que plusieurs facteurs peuvent influencer l'attitude des professionnels de la santé envers les patients qui s'automutilent soient : le milieu de soins (urgence ou santé mentale), le niveau d'expérience et la participation

antérieure à une formation spécifique au sujet du TPL. Les cliniciens travaillant à l'urgence ont montré des attitudes plus négatives que ceux travaillant sur un département de santé mentale. Les professionnelles ,de sexe féminin, des deux types de milieu de travail ont montré des attitudes plus positives envers les usagers avec un TPL que leurs confrères masculins. La participation à des formations spécifiques sur le TPL s'est montrée plus efficace chez les médecins et les infirmières quant à l'amélioration de leur attitude, que chez les autres types de professionnels. Les professionnels des deux secteurs de travail ayant déjà participé à une formation sur le TPL ont également montré des attitudes plus positives à l'égard des clients qui ont ce trouble.

L'étude d'Amey (1992) est également de nature descriptive comparative. Cette recherche inédite avait pour but de déterminer comment les infirmières entretiennent des stéréotypes dans leurs perceptions à l'égard des patients ayant un TPL comparativement aux usagers ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de l'humeur. Pour réaliser cette étude, plusieurs outils furent exploités dont le questionnaire PPL (Patient Problem List) et les deux échelles suivantes : HTRS (Hospital Treatment Rating Scale) et SRS (Staff Response Scale). Les résultats ont permis de mettre en lumière que les infirmières n'ont pas de perceptions ou de réponses stéréotypées à l'égard du client TPL. Par contre, elles entretiennent des stéréotypes dans leur façon de réagir à l'égard des clients avec un diagnostic de schizophrénie et de trouble de l'humeur, sans pour autant avoir des perceptions stéréotypées envers ceux-ci.

Deux études ont utilisé un devis qualitatif pour explorer les comportements des infirmières à travers ce concept. La première étude, celle de Woolaston et Hixenbaugh (2008), avait pour but d'explorer les relations entre infirmières et clients ayant un TPL, du point de vue des infirmières. Les comportements de six infirmières furent explorés par l'utilisation d'entrevues semi-structurées, agencées en quatre thèmes incluant des questions ouvertes. Les résultats montrent que l'utilisateur ayant un TPL est perçu comme une tornade qui détruit tout sur son passage et que les infirmières ont le sentiment d'être incapables de vraiment lui venir en aide. L'expérience d'être idéalisées ou démonisées s'avère très stressante. De plus, les infirmières se sentent manipulées par l'utilisateur ayant un TPL et ressentent un sentiment de menace lorsqu'elles sont incapables de satisfaire ses demandes.

La deuxième étude qualitative recensée est celle de Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009). Celle-ci avait pour but d'explorer les facteurs et les effets des modes de prise de décision des infirmières travaillant en santé mentale sur les résultats de soins attendus auprès des usagers ayant un TPL. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées furent effectuées en profondeur auprès de 15 infirmières sélectionnées en fonction de l'objectif. Les résultats indiquent que les infirmières en santé mentale de Taiwan ont rapporté plus de résultats insatisfaisants que satisfaisants quant aux soins donnés aux usagers ayant un TPL. Par contre, des résultats de soins satisfaisants peuvent être obtenus lorsque les infirmières adoptent des attitudes positives, que les efforts sont soutenus pour promouvoir

l'état de santé de cette clientèle et qu'il y a un support approprié et constant de l'équipe de soins.

L'étude de Markham et Trower (2003) avait pour but de décrire les relations entre l'étiquette TPL, les perceptions du personnel infirmier et l'attribution qu'il fait quant à l'origine des comportements de ce même trouble. Cette étude corrélationnelle a porté sur les comportements de 50 infirmières travaillant dans le secteur de la santé mentale en Grande-Bretagne. Plusieurs outils ont servi à la mesure de ces variables dont, le questionnaire modifié de l'attribution du style, trois questionnaires relatifs à trois diagnostics différents ainsi qu'une échelle bipolaire en sept points sur le niveau d'empathie. Les infirmières devaient s'imaginer être en présence du client avec le diagnostic établi. Les résultats montrent que le personnel présente moins d'empathie et d'optimisme à l'égard des usagers ayant un TPL, en plus de rapporter plus d'expériences négatives envers ces derniers qu'envers ceux ayant un diagnostic de dépression ou de schizophrénie. Le personnel considère que l'utilisateur ayant un TPL est plus en contrôle de ses comportements négatifs que d'autres types de clients. D'ailleurs, il y a une corrélation négative statistiquement significative entre cette perception et le niveau d'empathie ressentie envers ces clients.

Deux autres études corrélationnelles descriptives ont été répertoriées dans cette revue de littérature. Celle de Markham (2003) avait comme objectif d'évaluer les relations entre le diagnostic de trouble de personnalité limite, les perceptions ainsi que les

attitudes du personnel soignant. Cette recherche a fait appel à un échantillon composé de 50 infirmières travaillant en santé mentale ainsi que de 21 aides soignantes pour mesurer les relations entre ces différentes variables. Les instruments de mesure utilisés furent la version modifiée de l'échelle de distance sociale, l'échelle des croyances quant au degré de dangerosité, l'échelle bipolaire en sept points pour l'évaluation du degré d'optimisme ainsi que l'expérience de travail personnel pour chacun des diagnostics proposés. Les principaux résultats révèlent que les infirmières ont des attitudes de rejet et elles perçoivent l'usager avec un trouble de personnalité limite comme étant plus dangereux que celui ayant un diagnostic de dépression ou de schizophrénie. L'étude montre une corrélation positive entre le désir de garder une certaine distance sociale avec les clients ayant un TPL et la perception quant à sa dangerosité.

La dernière étude corrélationnelle descriptive examinée est celle de Forsyth (2007). Elle avait pour but d'identifier comment le processus cognitif des intervenants en santé mentale varie en fonction du diagnostic du client, en l'occurrence le TPL ou celui de dépression majeure. Également, cette étude tentait de déterminer s'il y a une relation entre ce phénomène, les réactions émotives et les gestes aidants de ces mêmes intervenants. Pour ce faire, on a utilisé un échantillon constitué de 26 travailleurs de la santé, dont 14 infirmières, neuf aides soignantes et trois autres avec un statut non mentionné. Afin de mesurer les comportements aidants, le niveau d'empathie et les réactions de colère des intervenants, cette recherche a fait usage de huit vignettes incluant des échelles de type Likert. Les résultats indiquent que les travailleurs en santé mentale

sont plus enclins à offrir leur aide lorsque les causes de non-observance du traitement sont attribuées à des facteurs d'instabilité et de non-contrôle. Ces mêmes travailleurs sont moins aidants envers les usagers ayant un TPL que ceux ayant un diagnostic de dépression majeure. Il y a une corrélation positive entre la dimension de l'attribution du contrôle et le niveau de colère ressentie ainsi qu'une corrélation négative entre cette même dimension et le niveau d'empathie ou d'attitudes aidantes. Donc, lorsque les professionnels perçoivent que l'utilisateur avec un TPL est responsable de sa non-observance au traitement, ils sont plus enclins à ressentir de la colère envers celui-ci et à être moins empathiques ou aidants.

Pour terminer, la deuxième étude recensée de Treolar et Lewis (2008b) est la seule recherche à avoir utilisé un devis pré-expérimental de type avant-après, avec un seul groupe. Le but était d'évaluer l'effet de la participation à un programme de formation ciblant le trouble de personnalité limite sur les attitudes des professionnels en soins travaillant auprès d'utilisateurs ayant un TPL et qui s'automutilent. L'échantillon, de type aléatoire simple, était composé de 99 professionnels de la santé, dont 75 infirmières provenant de l'urgence et de la santé mentale. Les outils employés furent un questionnaire de données démographiques et le questionnaire ADHQ pré et post programme de formation. Le programme de formation complet traitant de la problématique fut présenté sur PowerPoint.

Les principaux résultats donnent à penser que de participer et compléter un programme de formation ciblant le TPL et les comportements d'automutilations favorise, chez les professionnels, l'adoption de meilleures attitudes à l'égard de cette problématique. Cette étude montre que le personnel masculin affiche une amélioration moins élevée de ses attitudes après la formation que le personnel féminin. Également, une amélioration statistiquement significative des attitudes fut observée chez les professionnels ayant participé au programme de formation ciblé et ayant un niveau de scolarité supérieur (universitaire). L'ensemble des résultats suggère que l'accès à des formations cliniques sur le TPL peut améliorer les attitudes des professionnels envers cette clientèle, les aider à les maintenir et favoriser les comportements empathiques.

Les principaux résultats

Comment les infirmières réagissent-elles à l'égard du TPL? Tout d'abord, on remarque que deux études mentionnent qu'elles considèrent les personnes ayant un TPL comme étant des clients difficiles à soigner et qu'elles croient que les soins actuellement donnés sont inadéquats (Cleary et al., 2002; James & Cowman, 2007). Elles ont également tendance à être moins empathiques et à avoir des attitudes ainsi que des réactions émotionnelles plus négatives envers ce type d'utilisateurs (Deans & Meocevic, 2006; Fraser & Gallop, 1993). Elles sont portées à les qualifier de manipulateurs et mentionnent qu'ils leur font vivre de la colère et de l'impuissance lorsque vient le temps de gérer leurs comportements (Deans & Meocevic; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Les professionnels de sexe féminin, ceux ayant déjà participé à une formation sur le TPL ainsi que ceux travaillant sur un département de santé mentale, ont montré des attitudes plus positives que leurs confrères masculins et que ceux travaillant dans un service d'urgence ou n'ayant jamais participé à de la formation au sujet du TPL (Treloar & Lewis, 2008 b). Cependant, une seule étude (Amey, 1992) mentionne que les infirmières n'auraient pas de perceptions ou de réactions stéréotypées à l'égard du client TPL.

Ensuite, le personnel infirmier rapporte plus d'expériences négatives vécues envers les usagers ayant un TPL et présenterait moins de sympathie et d'optimisme à leur égard. Il y aurait une corrélation négative statistiquement significative entre le fait de percevoir le TPL comme étant responsable de ses comportements négatifs et le niveau de sympathie ressenti envers lui (Markham & Trower, 2003). En plus, les infirmières les rejettent et croient qu'ils sont plus dangereux que les autres types d'usagers. Dès lors, il y aurait une corrélation positive entre le désir de garder une certaine distance sociale avec ces usagers et la croyance face à leur niveau de dangerosité (Markham, 2003).

Finalement, les professionnels en soins perçoivent également l'utilisateur avec un TPL comme étant responsable de sa non-observance au traitement. Cette perception donne à penser que les travailleurs en santé mentale sont moins enclins à être empathiques et aidants à l'égard des usagers avec un TPL (Forsyth, 2007).

La participation à un programme de formation ciblant le TPL et les comportements d'automutilation est susceptible d'améliorer et de maintenir le niveau d'attitude en plus de favoriser les comportements empathiques chez les professionnels de la santé (Treloar & Lewis, 2008 b). D'ailleurs, des résultats de soins plus satisfaisants peuvent être obtenus lorsque les infirmières adoptent des attitudes positives à l'égard des usagers ayant un TPL (Ma et al., 2009).

Synthèse des résultats sur les réactions des infirmières

L'étude de Fraser et Gallop (1993) ainsi que celle d'Amey (1992) sont les deux seules recherches où les réactions des infirmières sont recueillies à même des situations réelles où il y a un contact entre celles-ci et des usagers ayant un TPL. Les autres études ont plutôt recueilli le point de vue des cliniciennes travaillant auprès de ce type de clientèle.

Parmi l'ensemble des études répertoriées sur une période de 16 ans, soit de 1992 à 2008, deux se retrouvent au tout début de l'intervalle d'années choisies pour réaliser cette recension des écrits. Quant aux dix autres recherches, elles ont été publiées une décennie plus tard, à l'autre extrémité de cette même période, soit de 2003 à 2008. Doit-on interpréter le retour de publications sur le sujet, à la suite d'une période latente de 10 ans, comme un regain d'intérêt envers la problématique des TPL? Une chose est certaine, la compréhension du TPL quant à son étiologie, son pronostic et son traitement a considérablement évoluée depuis les deux dernières décennies. Les soins requis et

apportés aux usagers avec ce type de trouble semblent également attirer l'attention des chercheurs dans la compréhension et la recherche de solutions à leur problème.

Il est possible de constater, grâce aux résultats de cette documentation, que les infirmières réagissent plutôt négativement à l'égard du TPL. Jusqu'à présent, les chercheurs ont majoritairement utilisé un devis descriptif pour explorer ce concept et ont également fait l'usage de questionnaires et d'échelles pour en mesurer les composantes. La quantité limitée d'instruments de mesure valides et fiables utilisés dans la réalisation des études quantitatives répertoriées, incite à être vigilant et prudent quant aux résultats obtenus. Malgré ce fait, il semble tout de même y avoir des résultats intéressants selon lesquels, l'accès à des formations cliniques sur le sujet particulier du TPL puisse faire une différence et améliorer les attitudes des professionnels envers cette clientèle. Celles-ci peuvent également aider les infirmières à maintenir de telles attitudes tout en favorisant, de leur part, des comportements empathiques.

Les comportements ainsi que les attitudes adoptées par les professionnelles font partie des facteurs dont il faut tenir compte lorsque vient le temps d'établir, avec l'usager, le climat de confiance tant nécessaire à la mise en place de la relation d'aide. En contrepartie, le personnel soignant a tendance à présenter moins de sympathie et d'optimisme à l'égard des usagers ayant un TPL qu'à des clients souffrant de dépression ou de schizophrénie (Markham, 2003). Le déploiement de telles attitudes, lors des relations entre infirmières et usagers ayant un TPL, risque fort de teinter ce que les

professionnels en soins perçoivent de l'usager. Les infirmières expriment également plus de rejet social avec ce type de clientèle qu'envers ceux ayant un diagnostic de dépression ou de schizophrénie (Markham, 2003). Avec de tels résultats, il n'est pas surprenant de faire le même constat que l'étude de Fraser et Gallop (1993) à savoir que les infirmières se montrent moins empathiques envers les usagers ayant un TPL.

Les professionnels de la santé ont un rôle très important à jouer dans l'aide qu'ils peuvent apporter aux usagers ayant un TPL. Le développement de services adaptés à ces usagers ainsi que l'élaboration de stratégies pour former et soutenir le personnel impliqué dans la dispensation de tels services s'avèrent justifiés (Cleary et al., 2002). Une attitude positive combinée à des efforts soutenus ainsi qu'à un soutien approprié et constant de l'équipe de soins doivent être considérés comme des éléments importants dans l'obtention de résultats satisfaisants quant aux soins donnés aux usagers ayant un TPL (Ma et al., 2008).

La télépratique infirmière

La télépratique infirmière ou « télénursing » est une forme de télésanté caractérisée par le recours aux technologies de communications (téléphone, vidéoconférence, courriel, imagerie numérique) pour transmettre de l'information clinique (Stacey et al., 2003). Ce champ d'exercices est varié et peut être pratiqué selon une approche centrée sur la personne (Canadian Nurses Association, 2001). Le télétriage, le triage téléphonique et le

télétriage en santé mentale sont également des termes utilisés dans la littérature pour désigner la télépratique infirmière (Kevin, 2002; Ricard et al., 2005; Sands, 2007). Toutefois, ces termes font plutôt référence à une composante de la télépratique infirmière où l'accent est mis sur le processus de triage visant à déterminer le niveau de soins que nécessite l'appelant plutôt que sur une évaluation ayant pour but de lui donner des conseils de santé (Goodwin, 2007). Dans le cadre de cette étude, le service Info-Santé est défini comme un service de télépratique infirmière.

Ce type de pratique infirmière est accessible dans plusieurs pays. Cependant, les services offerts sont très diversifiés et varient en fonction des objectifs spécifiques visés par chacun des lieux où ils sont disponibles. Aux États-Unis, les services spécialisés dans la réponse téléphonique infirmière ont commencé à prendre de l'expansion dans les années 1980 en réponse à l'escalade des coûts de soins de santé. Leur but était d'éviter l'utilisation abusive des services d'urgence des centres hospitaliers (Turner et al., 2002). La Grande-Bretagne, l'Australie et la Suède ont également des services de télépratique où l'approche vise l'ensemble de la population (Goodwin, 2007). Au Canada, huit provinces, incluant le Québec et un territoire, offrent des services de télépratique infirmière à toute leur population. Ceux-ci sont majoritairement financés par des fonds publics, comme c'est le cas au Québec (Goodwin, 2007).

L'intervention téléphonique infirmière dans une centrale d'appels est une pratique récente au Québec. C'est en 1984, année de la venue des « Grands Voiliers », que la ville

de Québec instaure un service de réponse téléphonique infirmière afin d'être en mesure de bien diriger les multiples demandes de soins qui pourraient résulter de la présence d'un nombre important de visiteurs. Ce n'est qu'en 1994 que le service Info-Santé voit l'adoption de son premier cadre de référence et c'est également à cette époque que quelques régions du Québec se dotent d'un service de type Info-Social (MSSS, 1994). En 2004-2005, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007) révisé le rôle de l'organisation d'Info-Santé et Info-Social afin d'harmoniser ces deux services et d'en effectuer la mise en réseau. À l'automne 2008, l'ensemble de la population du Québec peut accéder au Service Info-Santé Info-Social grâce à l'instauration d'un numéro de téléphone unique, le « 811 ». L'objectif est de diriger les appels à caractère psychosocial vers un intervenant social (psychologue, travailleur social, etc.) et ce volet doit également compter sur un service dans le milieu en cas de crise et d'urgence. Le mandat de l'infirmière est de faire la gestion des appels concernant les problématiques d'ordre physique (MSSS, 2007). Le système téléphonique actuel permet aux individus de choisir s'ils désirent parler à une infirmière ou à un intervenant psychosocial. C'est un avantage indéniable pour l'utilisateur de pouvoir s'adresser à la personne de son choix, selon ses besoins. En contrepartie à cet état de fait, l'infirmière risque de perdre certaines habiletés dans la gestion de problématiques en santé mentale, et ce, même si elle doit toujours intervenir auprès d'utilisateurs vivant avec des troubles mentaux ou des troubles de personnalité concomitants avec des problèmes d'ordre physique. Actuellement, seules quelques centrales Info-Santé Info-Social du Québec offrent le service Info-Social. Ailleurs, ce volet est à l'heure actuelle assuré par les infirmières d'Info-Santé, en

attendant que l'offre complète (incluant Info-Social) soit déployée partout au Québec, ce qui est prévu pour l'automne 2010.

Le service de consultation téléphonique Info-Santé Info-Social est offert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il a traité plus de 2,4 millions d'appels en 2004-2005 (MSSS, 2007). Les fonctions de l'infirmière consistent à : accueillir la clientèle, éliminer l'urgence dès le début de l'appel, faire une évaluation globale des besoins exprimés selon la démarche systématique (collecte et analyse des données) et planifier des interventions selon les hypothèses retenues. Les interventions peuvent être de type informations, conseils, enseignements ou de type crise avec ou sans urgence. Dans la démarche de soins, l'infirmière s'appuie sur plusieurs outils cliniques, dont les protocoles infirmiers Info-Santé basés sur le modèle conceptuel de Virginia Henderson (MSSS, 2007). L'objectif est de favoriser l'autonomie et la responsabilisation de la clientèle. Pour ce faire, l'infirmière doit établir rapidement une relation de confiance avec l'utilisateur afin d'interagir en partenariat avec celui-ci et qu'il puisse prendre en charge, en toute sécurité, sa santé et celle de ses proches (MSSS, 2007; Moore, 2001). Pour ce faire, l'infirmière donnera à l'utilisateur les raisons de consultation urgente et non urgente selon sa situation. Finalement, l'infirmière peut orienter l'utilisateur vers d'autres types de services afin de mieux répondre à ses besoins. L'éducation à la santé prodiguée est basée sur une communication qui tient compte des capacités et des ressources de l'utilisateur afin qu'il puisse adopter des comportements de santé ou qu'il utilise de façon judicieuse les ressources professionnelles de son milieu en cas de besoin (Hagan & Montenico, 2002).

La télépratique infirmière a tout avantage à s'intégrer à l'intérieur d'un cadre clinique, professionnel et légal. Les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec permettent de baliser et de donner une direction à la réponse téléphonique infirmière (Hénault & Leprohon, 1998). Une vision élargie des modèles conceptuels ou théoriques adaptés à cette pratique aurait un impact positif sur tout le processus de traitement des appels. Afin de bien répondre aux besoins et de faire la gestion adéquate d'un usager présentant des modes relationnels pathologiques, des bases conceptuelles ainsi que des modèles explicatifs théoriques solides s'avèrent nécessaires.

Le jugement clinique nécessaire doit se composer d'un bagage solide de connaissances théoriques et d'expériences variées. Cependant, le volet « communication » s'avère tout aussi important, compte tenu du fait que l'infirmière ne voit pas l'usager et qu'elle doit se servir de techniques de communication avancées afin d'objectiver le plus possible les données dont elle va se servir pour évaluer la clientèle.

Les recherches au sujet de la télépratique sont peu nombreuses au Québec. La présente revue de la documentation sur ce sujet a permis de retracer deux études dans ce domaine. La première porte sur la satisfaction des usagers de la ligne Info-Santé en CLSC (Hagan & Garon, 1998). Les résultats de cette étude mettent en lumière un taux de satisfaction élevé des usagers pour la majorité des indicateurs utilisés. Également, 94 % des usagers ont affirmé qu'Info-Santé les a motivés à faire de l'auto-prise en charge et

86% des usagers n'ont pas eu besoin de consulter d'autres ressources pour leur problème. Les résultats de cette étude indiquent que tous les aspects liés à la qualité de la relation interpersonnelle avec l'infirmière (disponibilité, courtoisie, respect, empathie, etc.) obtiennent un haut taux de satisfaction, à l'exception du délai d'attente. La satisfaction exprimée quant au traitement de l'appel est également élevée, notamment en ce qui concerne la compréhension de l'information et des conseils. Dans cette dimension, seule la cohérence des informations reçues et le délai d'attente indiquent une satisfaction moindre. Enfin, il semble que ce service permette une économie annuelle estimée à près de deux millions de dollars puisque 76 % des usagers interrogés auraient eu recours à une autre ressource pour résoudre leurs problèmes s'ils n'avaient pas fait appel au service Info-Santé.

La deuxième étude porte sur la télépratique infirmière en santé mentale. Cette recherche repose sur un devis descriptif et évaluatif alliant une approche quantitative et qualitative. Elle avait pour buts de décrire la nature de l'aide offerte par le service téléphonique « information référence » en santé mentale, l'efficacité perçue par les infirmières pour répondre aux besoins des usagers du service, l'adéquation perçue par les infirmières entre, d'une part, leurs compétences et les outils disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers et finalement, la satisfaction des usagers après l'utilisation du service (Ricard et al., 2005). L'échantillon fut constitué de 628 fiches de clients complétées lors de chaque appel, d'octobre 2001 à janvier 2002, d'un sous-échantillon sélectionné de façon aléatoire de 152 fiches en lien avec la satisfaction de la clientèle

(questionnaire téléphonique) et de quatre infirmières dans le service (entrevues individuelles semi-structurées). Les résultats de l'analyse qualitative répondant aux trois premières questions de cette recherche montrent que l'intervention téléphonique repose sur une démarche globale de relation d'aide ainsi qu'un processus de soins allant au-delà de la simple référence. D'autres rôles sont mentionnés. Il s'agit de l'écoute, du soutien, de la référence, du recadrage, de l'information/enseignement et de la résolution de problèmes. Les infirmières se perçoivent généralement comme compétentes dans leur rôle considérant que ce type de travail exige des compétences spécifiques au niveau du savoir (médication, trouble mentaux, organismes du réseau de service, problèmes de santé physique), du savoir-être (empathie, respect, authenticité, souplesse, débrouillardise, confiance en soi, autonomie, jugement, capacités à travailler sans filet de sécurité, capacité de s'affirmer et de se remettre en question) et du savoir-faire (habiletés de communication, de résolution de problèmes, habiletés de contact dans le réseau). Par rapport à la satisfaction des usagers, l'enquête a démontré un taux élevé de satisfaction sur les divers aspects étudiés.

À l'extérieur du Québec, quatre recherches sur la télépratique et offrant des résultats sur l'aspect « relation infirmière-client » ont été recensées. L'étude de Valanis et al. (2007) avait pour objectif de décrire la relation entre les résultats produits par les conseils téléphoniques infirmiers donnés et les caractéristiques de l'appelant, des infirmières et du cadre organisationnel d'un service de réponses téléphoniques infirmières. D'ailleurs, l'accent a été mis sur les facteurs prédisposant à la satisfaction des usagers quant à

l'utilisation d'un service de conseils téléphoniques infirmiers. Les auteurs ont également émis l'hypothèse que l'interaction infirmière-client est la variable ayant le plus d'impacts positifs quant aux résultats de soins produits par des conseils infirmiers téléphoniques. Cette étude, de nature corrélationnelle, a porté sur les comportements d'un échantillon composé de 12 infirmières ainsi que des usagers ayant fait appel à leurs services et qui ont accepté d'y contribuer. Ceux-ci provenaient de quatre régions des États-Unis. La collecte des données s'est effectuée sur une période de deux semaines. Les outils de mesure ont été le carnet d'appel, le questionnaire de description d'appels « CD » de 50 items, le questionnaire du style de communication ICSI, le questionnaire des caractéristiques du répondant et le questionnaire des caractéristiques de l'infirmière et de son environnement. Les résultats obtenus donnent à penser que la qualité de la relation entre l'infirmière et l'utilisateur a un impact positif plus important que les aspects organisationnels de ce type de service quant à la satisfaction de la clientèle. L'écoute, la clarté des informations données, la collaboration et les compétences de l'infirmière s'avèrent également des facteurs liés à la satisfaction. Les usagers sont confiants lorsqu'ils croient que l'infirmière lui donnant des conseils est compétente et qu'elle possède les connaissances ainsi que les habiletés communicationnelles lui permettant de bien évaluer ses besoins et d'adapter les conseils à sa situation.

L'étude de Pettinari et Jessopp (2001) avait pour but de décrire, dans un contexte d'absence d'indices visuels, les interactions entre les infirmières et les appelants dans une centrale d'appels située dans un « NHS Direct » de Londres. Cette étude, de nature

qualitative, a été réalisée auprès d'un échantillon composé de 14 infirmières ayant en moyenne 12 années d'expérience variée. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de chacune d'entre elles à la fin de leur période de 12 semaines d'entraînement. Douze entrevues ont également été réalisées après le sixième mois de travail. Les résultats suggèrent que l'absence d'indices visuels lors de l'évaluation des usagers est une préoccupation pour les infirmières qui débutent un travail d'intervention téléphonique et que cette impossibilité de voir l'utilisateur et son environnement devient une caractéristique cruciale à considérer au cours des appels. Les infirmières doivent développer des habiletés spécifiques afin de bien gérer le fait de ne pas voir l'utilisateur. Elles doivent faire une utilisation judicieuse de leur voix, celle-ci devenant un instrument leur permettant de reconforter, rassurer et établir une relation de confiance avec l'utilisateur.

Deux études descriptives sur la télépratique en santé mentale (Kevin, 2002; Sands, 2007) mentionnent, tout comme l'ensemble des études analysées, que le travail en télépratique infirmière demande des connaissances et des expériences cliniques variées, de l'autonomie, de la débrouillardise, un solide jugement clinique ainsi que des habiletés relationnelles de communication et d'enseignement.

Les réactions des infirmières, leurs attitudes et les stratégies qu'elles adoptent afin d'assurer une réponse de qualité aux usagers doit continuer d'être explorées car peu d'études se sont attardées à décrire l'expérience des infirmières qui font de la consultation téléphonique ou leur perception au sujet de leur pratique. La nature des

interventions menées par les infirmières qui y travaillent de même que le regard qu'elles posent sur leur pratique demeurent très peu explorés. En ce sens, la présente recherche constitue une autre étape visant à déterminer quels sont les attitudes et les comportements de l'infirmière dans un contexte de télépratique alors qu'elle doit intervenir auprès d'une personne ayant des comportements dérangeants comme ceux caractéristiques du TPL.

Cadre de référence

Théorie du processus infirmier délibéré d'Orlando

La théorie du processus infirmier délibéré d'Orlando (1979) constitue le cadre de référence pour la réalisation de la présente étude. Cette théorie s'appuie sur l'observation et l'analyse de 2000 interactions entre l'utilisateur et l'infirmière, via un raisonnement inductif (Fawcett, 2005; Fitzpatrick & Whall, 1996). Au cours des 30 dernières années, cette théorie a servi de cadre théorique pour des études utilisant des devis descriptifs, corrélationnels et expérimentaux (Fawcett, 2005).

La théorie d'Orlando (1979) est principalement basée sur trois concepts du métaparadigme infirmier, soit les concepts de personne, de santé et de soin. La personne est vue comme un individu capable de se développer en interaction dynamique avec son infirmière et ayant des besoins d'aide à combler (Meleis, 2005). La santé est abordée comme un sentiment de compétence, de bien-être et de confort physique et mental. Elle est également vue comme l'absence de détresse lorsque les besoins d'aide sont comblés (Fawcett, 2005). Le soin représente l'interaction entre l'infirmière et la personne ayant un besoin d'aide (Meleis, 2005). Le quatrième concept à savoir l'environnement, n'est pas mentionné de façon explicite. Orlando (1979) fait cependant allusion au contexte qui entoure la situation immédiate de soins.

Cette théorie définit « une situation de soins » comme étant un processus composé de trois éléments ou concepts centraux, c'est-à-dire les comportements de l'utilisateur, les

réactions de l'infirmière et les actions de celle-ci (Fawcett, 2005). Ce processus demande à l'infirmière de valider, auprès de l'utilisateur, le besoin d'aide ainsi que la satisfaction de ce même besoin. La figure 2 présente les différents éléments de ce modèle.

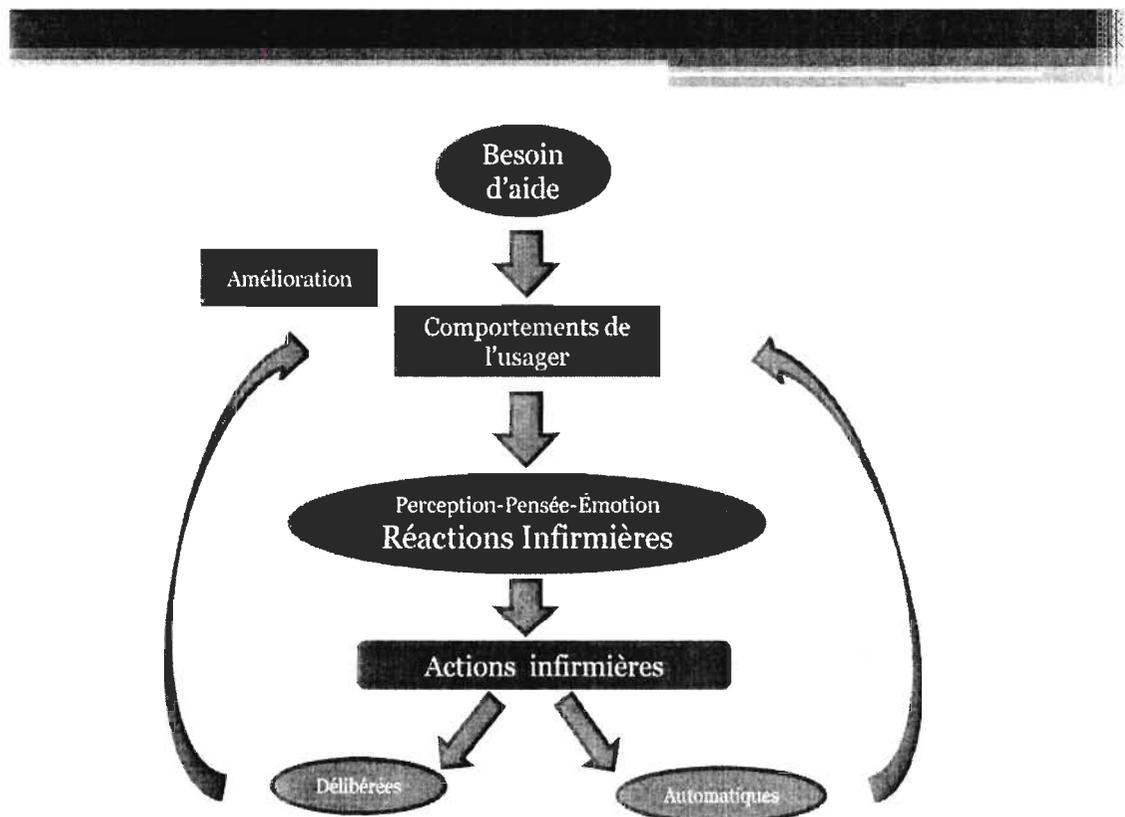


Figure 2. Théorie du processus infirmier délibéré (Orlando, 1979), adapté par Vachon (2010)

Le premier élément correspond aux comportements de l'utilisateur que l'infirmière est en mesure de percevoir. Cet élément intègre deux dimensions soit le besoin d'aide et l'amélioration du comportement. Les comportements peuvent être verbaux et se

manifester par des plaintes, des questions, des refus, des requêtes, des commentaires et des affirmations (Fawcett, 2005). Ils peuvent également être non verbaux ou de type phonique à savoir des pleurs, des gémissements, des rires, de la toux, des soupirs, des cris, des hurlements, des grognements, des chants, etc. (Orlando, 1979).

Le deuxième élément du processus dynamique est la réaction infirmière. Cette réaction est composée, dans un premier temps, de la perception que l'infirmière aura du comportement de l'utilisateur. Par la suite, cette perception engendrera des pensées automatiques. Finalement, des émotions seront suscitées par l'émergence de ces mêmes pensées (Orlando, 1979).

Le troisième élément du processus est composé de l'action de l'infirmière. Ces actions représentent ce que l'infirmière dit ou fait avec ou pour le client (Fawcett, 2005). Elles peuvent être qualifiées d'automatiques, c'est-à-dire adoptées pour des raisons autres que le besoin immédiat de l'utilisateur (Fitzpatrick & Whall, 1996). Dans cette circonstance, il n'y a pas d'analyse faite au sujet de son besoin ou de son point de vue. Toutefois, les actions de l'infirmière sont qualifiées de délibérées lorsqu'elles tiennent compte du besoin immédiat de l'utilisateur (Fitzpatrick & Whall, 1996). Dans cette situation, l'infirmière va alors prendre le temps de vérifier ses perceptions, ses pensées et ce qu'elle ressent. Elle fera donc l'analyse de ses propres réactions à l'égard de l'utilisateur avant d'agir (Orlando, 1979). Cette façon de faire, où le point de vue de l'utilisateur est pris en considération, permet de répondre plus adéquatement à son besoin d'aide immédiat.

L'action délibérée est la seule à montrer le professionnalisme de l'infirmière et doit rencontrer certains critères bien précis : l'action doit résulter de l'identification exacte, auprès de l'utilisateur, de ses besoins; l'infirmière doit partager le but de son action avec l'utilisateur; l'infirmière doit vérifier l'efficacité de son action immédiatement après l'avoir complétée (Orlando, 1979).

Cette théorie interactive et dynamique s'applique bien au contexte de télépratique dans lequel est réalisé cette étude (Fawcett, 2005). En effet, selon Orlando (1979), le rôle de l'infirmière consiste non seulement à assister le client dans ses besoins mais surtout de l'aider à les exprimer. Ce rôle est particulièrement important pour l'infirmière d'Info-Santé qui, dans sa démarche systématique de soins, aide l'utilisateur à exprimer ses besoins et l'outille afin qu'il puisse prendre en charge sa situation. En plus, elle intervient dans un esprit de partenariat avec celui-ci. Le fait que l'infirmière d'Info-Santé soit sans indice visuel lors de l'évaluation de l'utilisateur, elle tente d'objectiver et de valider le plus possible l'ensemble des informations qu'elle recueille auprès de celui-ci afin de vérifier si sa perception de la situation est juste ou non.

L'utilisation de la théorie d'Orlando en tant que cadre de référence pour cette étude est circonscrite. Cette théorie sert avant tout de toile de fond et de fil conducteur pour l'élaboration, dans un premier temps, des questions de recherche. Elle doit permettre, dans un deuxième temps, de structurer l'analyse des résultats en vue de répondre à ces questions. En plus, les différents concepts de cette théorie ont permis d'orienter

l'élaboration du questionnaire de recherche, tout particulièrement la deuxième partie qui évalue ce que l'infirmière perçoit, pense et ressent à l'égard des différents comportements d'utilisateurs illustrés à l'intérieur de trois vignettes cliniques. Le principe organisateur de cette théorie, où l'infirmière doit trouver le besoin d'aide immédiat de l'utilisateur et y répondre, devrait aider à faire l'analyse des réactions ainsi que des comportements verbaux et non verbaux adoptés par l'infirmière d'Info-Santé. Cette même analyse devrait permettre de déterminer si l'infirmière tente de valider auprès de l'utilisateur ses réactions à son égard.

Méthode

Ce chapitre est consacré à la méthode et comprend les définitions opérationnelles des concepts à l'étude, le type d'étude, la population ciblée, l'échantillon, l'instrument de collecte de données, le contrôle des variables étrangères, le déroulement de la recherche, l'analyse des données et les considérations éthiques.

Définitions des concepts à l'étude

Réactions d'infirmières

Regroupent les perceptions, les pensées et les émotions d'infirmières répondant à un questionnaire présentant deux situations associées à des comportements dérangeants de la part des usagers. L'ensemble de ces questions se retrouvent dans le questionnaire de recherche présenté à l'appendice A.

Comportements d'infirmières

Actions verbales et non verbales des infirmières à une situation donnée. Ces comportements d'infirmières sont analysés à partir de la fréquence exprimée par celles-ci aux 15 items de l'échelle de type Likert à cinq niveaux, décrivant différentes actions verbales et non verbales qu'elles seraient susceptibles d'effectuer dans l'exercice de leur fonction eu égard aux différentes situations présentées dans les trois vignettes cliniques du questionnaire de recherche.

Info-Santé

Service où, lors d'un problème non urgent, une infirmière peut être rejointe via la ligne téléphonique de numéro 811, 24h/jour, 7 jours/7. Ce service s'inscrit dans les soins de première ligne en complémentarité avec les services dispensés par les centres de santé et de services sociaux et les groupes de médecine familiale qui assurent une prise en charge de l'utilisateur. Dans le cadre de cette étude, Info-Santé désigne aussi l'endroit où l'infirmière exerce sa profession sur une base régulière depuis plus d'un an.

Usagers

Personnages fictifs faisant appel au service Info-Santé (madame A dans la première vignette clinique, monsieur B dans la deuxième et monsieur C dans la troisième). Ces vignettes se retrouvent dans le questionnaire de recherche à l'appendice A.

Comportements dérangeants

Paroles ou manifestations présentées par un usager fictif dans une vignette écrite en lien avec deux des neuf critères diagnostiques du trouble de personnalité limite identifiés dans le DSM-IV-TR. Dans la première vignette clinique, le comportement de madame A fait référence au cinquième critère diagnostique du TPL dans le DSM-IV-TR, soit la répétition de menaces suicidaires (Guelfi et al., 2003). Dans la troisième vignette clinique, le comportement de monsieur C fait référence au huitième critère diagnostique du TPL dans le DSM-IV-TR, soit les colères intenses et inadéquates (Guelfi et al., 2003).

Type d'étude

L'objet de cette recherche étant peu étudié, il convient donc d'aborder ce sujet par l'entremise d'une étude descriptive simple. Ce type de recherche permet de dresser un portrait le plus réaliste possible des réactions et des comportements d'infirmières travaillant à Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants comme ceux caractéristiques d'un TPL (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007).

Population ciblée

Depuis la régionalisation des services Info-Santé et Info-Social ainsi que la mise en réseau des services régionaux en 2005, la population d'infirmières d'Info-Santé représente 620 individus (OIIQ, 2009) répartis à l'intérieur de 15 services dispersés à travers tout le Québec. Selon le cadre de référence du MSSS (2007), les infirmières de ce secteur d'activités doivent être membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), posséder une expérience d'au moins trois ans de pratique auprès de clientèles différentes et manifester des habiletés pédagogiques. Quelques centrales utilisent du personnel en provenance des agences privées. Il est cependant demandé que ce personnel réponde aux mêmes critères d'embauche et reçoive la même formation que le personnel régulier.

La population-cible est composée de l'ensemble des infirmières des services régionaux Info-Santé Info-Social du Québec travaillant à la réponse téléphonique et

répondant aux critères d'inclusion de l'échantillon (Burns & Groove, 2009). Par contre, la population accessible pour réaliser cette étude est composée d'infirmières travaillant à la réponse téléphonique dans l'un de ces services régionaux. La centrale choisie est située près d'un grand centre et relève d'un CSSS. Au moment de l'étude, 67 infirmières y travaillaient.

Échantillon et contrôle des variables étrangères

Afin de tenir compte des différentes caractéristiques de cette population, le choix d'un échantillon de type non probabiliste de convenance par quotas s'est avéré tout indiqué. Selon Burns et Groove (2009), cette méthode peut être utilisée afin d'imiter des caractéristiques connues de la population ciblée dans le but d'assurer un nombre adéquat de sujets à l'intérieur de chaque strate prévue au plan d'échantillonnage.

Trois variables étrangères ont été prises en considération afin de les contrôler et ainsi obtenir un échantillon représentatif de la population à l'étude. Il s'agit du niveau de formation, du sexe et du quart de travail. La taille recherchée de l'échantillon est de 40 participantes et doit inclure trois hommes afin de représenter la minorité masculine. Le nombre de participantes, travaillant sur les quarts de jour et de soir, doit être équivalent et le quart de nuit est représenté par environ trois travailleuses. Finalement, l'échantillon doit également être composé de huit infirmières cliniciennes afin de prendre en considération la variable formation de niveau universitaire. La stratégie utilisée a consisté à rencontrer,

individuellement et sur chaque quart de travail, les infirmières à partir du premier jusqu'au 5 mai 2010 pour les inviter à prendre part à l'étude jusqu'à ce que le quota pour chaque variable étrangère soit atteint et que la taille désirée de l'échantillon soit obtenue.

La sélection des participantes s'est également faite sur la base de deux critères d'inclusion, soit de faire de la réponse téléphonique sur une base régulière (≥ 2 jours/semaine) et ce, depuis plus d'un an. Ces deux critères ont été retenus afin d'être en présence de candidates ayant eu un minimum d'exposition à des situations cliniques, notamment celles illustrées à l'intérieur des trois vignettes cliniques proposées dans l'outil de mesure et exposant des comportements caractéristiques d'un TPL.

Instrument de collecte de données

Après vérifications, l'auteur a noté l'absence de questionnaire permettant de mesurer les comportements d'infirmières dans un contexte de réponse téléphonique. Dès lors, il a envisagé de développer un outil spécifique afin de réaliser cette étude. Le modèle théorique d'Orlando (1979), la revue des écrits ainsi que les expériences cliniques vécues au quotidien dans le cadre du travail à Info-Santé, ont permis l'élaboration d'un questionnaire reflétant à la fois le travail sur le terrain tout en étant structuré par certains éléments du cadre de référence retenu pour réaliser la présente recherche.

Le questionnaire est composé de trois parties distinctes. La première partie recueille des informations d'ordre sociodémographiques, tels la tranche d'âge, le niveau de scolarité, le sexe, le niveau de formation, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et le nombre d'années d'expérience à la réponse téléphonique, le quart de travail, l'expérience antérieure en santé mentale ainsi que la participation antérieure à une formation sur le TPL.

La seconde partie est composée de trois vignettes cliniques et d'une échelle de type Likert à cinq degrés d'appréciation. Les vignettes présentent, pour deux d'entre elles, des comportements dérangeants et caractéristiques d'un TPL se retrouvant à l'intérieur des neuf critères diagnostiques de ce trouble comme précisé dans le DSM-IV-TR (Guelfi et al., 2003). Il s'agit de la répétition de menaces suicidaires ainsi que des colères intenses et inadéquates. Sur le terrain, ces deux comportements suscitent énormément de réactions chez les infirmières. Ils ont été sélectionnés pour être représentés dans deux des trois vignettes cliniques du questionnaire de recherche. L'autre vignette illustre un usager ayant un comportement sans particularité psychologique dans le but d'avoir un point de comparaison. Chacune de ces vignettes regroupe quatre questions comportant un choix limité de réponses et recueillant des informations au sujet des réactions de l'infirmière (ce qu'elle perçoit et ce qu'elle pense) et une question à choix multiples indiquant ce que l'infirmière ressent à l'égard du comportement présenté dans la vignette. Ces questions ont été élaborées à partir des différents résultats d'études traitant du concept « réactions infirmières » lors de la revue de littérature. Cette partie comporte, également, une échelle ordinale, de type Likert à cinq niveaux. Il s'agit de 15 items mesurant la fréquence à

laquelle l'infirmière serait susceptible d'adopter ces comportements dans une telle situation. Ces items ont été préparés à l'aide de différents éléments recueillis dans la revue des écrits et des exemples tirés de la pratique, tout en ayant en tête deux facteurs très précis de la théorie d'Orlando, soit les actions délibérées (ayant pour but de répondre au besoin immédiat de l'utilisateur) et les actions automatiques.

La troisième partie propose une échelle ordinale, de type Likert à quatre niveaux, comportant sept items mesurant le degré d'accord des infirmières rencontrées avec les énoncés proposés ainsi qu'une question ouverte. Cette échelle sert à recueillir le point de vue des infirmières au sujet de différents aspects reliés aux connaissances, à l'évaluation ainsi qu'à la gestion téléphonique de comportements dérangeants, dont ceux caractéristiques d'un TPL. Le questionnaire est présenté à l'appendice A.

Afin d'assurer la validité de contenu de l'outil de mesure, de type validité manifeste (Laurencelle, 1998), l'auteur a amorcé le processus de validation en se basant sur le jugement du chercheur ainsi que sur celui de quatre experts cliniques au niveau de la réponse téléphonique infirmière. Ces experts ont évalué la clarté et la compréhensibilité des différentes questions et échelles proposées.

Le processus de validation de contenu a débuté en février 2010. Les experts cliniques ont d'abord été approchés par courriel à la fin du mois de décembre 2009 afin de vérifier leur intérêt à participer à la validation d'un questionnaire de recherche de cette nature.

Quatre personnes, dont deux coordonnatrices, une assistante–infirmière-chef et un conseiller clinique en intervention sociale provenant de trois centrales Info-Santé Info-Social différentes du Québec, ont accepté l’invitation. Un questionnaire ainsi qu’un guide de validation, présenté à l’appendice B, leur ont été expédiés par la poste à la fin du mois de janvier 2010 pour être retournés au chercheur de la même façon une fois complétés. L’outil a par la suite été révisé, en février 2010, en tenant compte des commentaires formulés par les experts cliniques ayant participé au processus de validation du questionnaire.

Déroulement de la recherche

À la suite de l’obtention des approbations des différentes instances, un formulaire d’information, présenté à l’appendice C, expliquant le but, le déroulement et la permission de l’employeur d’effectuer cette étude a été distribué à chacune des 67 infirmières le 23 avril 2010. Un texte publicitaire, présenté à l’appendice D, a également été remis à chaque infirmière de la centrale Info-Santé concernée. Les participantes sélectionnées selon le plan d’échantillonnage prévu, qui était prévu à 40 participantes, ont toutes été individuellement rencontrées pendant la période du 1er au 5 mai 2010 afin de leur remettre le formulaire de consentement, lequel est présenté à l’appendice E. De plus, elles ont été invitées à poser des questions au sujet de l’étude. Les 49 infirmières qui ont accepté de participer à l’étude ont reçu un exemplaire du questionnaire de recherche. Une fois complété, ce dernier était retourné au chercheur de façon anonyme, dans une enveloppe cachetée et déposée dans une

mallette fermée à clé afin d'assurer la confidentialité. Les participantes disposaient de 30 minutes sur leur temps de travail pour remplir et remettre le questionnaire. Cette opération a été effectuée dans une cabine individuelle, celle où l'infirmière est installée pour toute la durée de son quart de travail. L'infirmière devait désactiver son téléphone durant toute la durée de sa réponse au questionnaire. Le questionnaire a été acheminé par le chercheur le 6 mai 2010 à l'Université du Québec à Trois-Rivières et remis à une agente de recherche indépendante afin de transférer les données sur une matrice Excel pour qu'elles soient par la suite récupérées et traitées avec un logiciel statistique. L'agent de recherche fut préalablement rencontré par le chercheur afin de guider ces opérations. Les dernières feuilles des questionnaires contenant la question ouverte furent détachées par l'agente de recherche, placées dans une enveloppe scellée et remises au chercheur principal afin d'en faire l'analyse.

Analyse des données

Dans un premier temps, le chercheur a utilisé des statistiques descriptives dans le but d'analyser l'ensemble des données recueillies. Dans un deuxième temps, une analyse factorielle exploratoire a permis d'évaluer l'ensemble des réponses obtenues aux 15 items de l'échelle ordinale relatifs aux comportements d'infirmières proposés. Cette mesure non paramétrique peut être utilisée sur des variables de niveau ordinal et permettra d'obtenir une matrice de corrélations pour les paires de variables dans le but d'identifier des regroupements significatifs d'items (Burns & Groove, 2009). Finalement, des tests de

variance, du khi-deux et du HSD de Tukey permettent d'analyser les comportements et les réactions des infirmières. Ces tests ont été retenus parce qu'ils permettent de vérifier la présence de contrastes significatifs entre les comportements et les réactions aux trois vignettes cliniques présentées. Ces différentes analyses statistiques sont effectuées avec le logiciel SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Science) disponible à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Considérations éthiques

Pour le recrutement des participantes, le chef de service du service régional Info-Santé Info-Social visé par cette étude fut rencontré pour lui expliquer le projet de recherche. Une entente écrite fut obtenue le 23 février 2010. Cette entente est présentée à l'appendice F. Sa seule exigence fut que le chercheur fasse lui-même le recrutement des sujets ainsi que la distribution et la cueillette des questionnaires. Le projet de recherche fut soumis le 15 mars 2010 pour approbation éthique au Comité éthique de la recherche sur des humains de l'UQTR. L'obtention du certificat numéro CER-10-155-06.04, présenté à l'appendice G, a eu lieu le 22 mars 2010. Par la suite, le projet a obtenu l'approbation de la direction générale du CSSS responsable du service régional Info-Santé Info-Social concerné par l'étude. Cette approbation est montrée à l'annexe H.

Cette étude présente peu de risque pour les participantes au niveau psychologique, physique et social. Étant donné que le recrutement s'est effectué au sein d'un milieu de

travail, le formulaire d'information insistait sur l'indépendance de l'étude et sur la libre participation des sujets. Lors du recrutement des volontaires, des explications leur ont été données sur leur participation, le temps requis pour remplir le questionnaire ainsi que sur les diverses précautions prises afin d'assurer la confidentialité des réponses. Elles étaient donc en mesure d'apposer leur signature de manière libre et éclairée. Les participantes avaient également la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sous réserve qu'une fois le questionnaire transcrit et enregistré, il serait impossible d'en retirer les données (étant donné l'impossibilité d'en retracer l'origine).

Le formulaire d'informations et de consentement remis aux répondantes mentionnait qu'en aucun temps leur identité ne serait divulguée et que toutes les données recueillies dans le cadre de l'étude étaient anonymisées et confidentielles et qu'elles ne seraient utilisées qu'aux fins de la recherche. Également, il était fait mention qu'aucune publication résultant de cette étude ne renfermerait d'informations permettant d'identifier les participantes et que les questionnaires seront conservés pendant un an sous clé dans un classeur à l'UQTR et qu'ils seront détruits par la suite.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus de la validation du questionnaire de recherche que l'on retrouve à l'appendice A ainsi que de l'enquête effectuée auprès d'infirmières dans l'un des quinze services régionaux Info-Santé Info-Social du Québec. La première section présente l'analyse des données en lien avec le processus de validation du questionnaire de recherche. La deuxième section décrit les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Dans la troisième section, l'analyse s'attarde aux réactions ainsi qu'aux comportements déclarés aux vignettes cliniques présentées dans le questionnaire de recherche. Enfin, la quatrième et dernière section traite des résultats obtenus aux réponses à la dernière échelle du questionnaire de recherche dans laquelle les participantes pouvaient exprimer leur degré d'accord sur divers aspects liés à la gestion d'un TPL à Info-Santé ainsi que sur l'analyse des réponses à la question ouverte du questionnaire de recherche.

Validation du questionnaire de recherche

Afin de valider le contenu du questionnaire de recherche, les différentes composantes de celui-ci ont été lues et annotées à des fins critiques. Les quatre experts, précédemment mentionnés au chapitre de la méthode à la section instrument de collecte de données ont répondu à quatre questions pour chaque élément du questionnaire. Les questions posées étaient : Avez-vous trouvé les éléments clairs? Était-il possible d'y répondre facilement? Mettaient-ils l'accent sur les éléments importants? Qu'est-ce qui a été laissé de côté? La dernière question portait sur le questionnaire dans son ensemble et

demandait aux répondants s'il permettait de bien saisir les différents aspects des réactions et des comportements d'infirmières à l'égard des usagers ayant des comportements caractéristiques d'un TPL. Ce guide est présenté à l'Appendice B.

Le même guide de validation proposé aux experts a été utilisé afin d'y intégrer l'ensemble des réponses aux questions posées pour chacun des éléments du questionnaire, le but étant de faire un parallèle entre ceux-ci et de cibler les composantes problématiques et ambiguës.

Dans la première section du questionnaire consacrée aux données d'ordre sociodémographique, les commentaires émis par les juges au sujet de la question 3 étaient à l'effet qu'elle ne fournissait pas un éventail de choix assez large. Les choix de réponses pour la question 6 omettaient certains types de quarts de travail. La pertinence de la présence de la question 7 a été remise en question et des suggestions ont été faites pour faire l'ajout de deux autres questions.

Dans la deuxième section, les commentaires au sujet des vignettes cliniques A et B étaient à l'effet qu'elles manquaient de clarté et de précisions alors que la vignette C semblait claire. Les questions A1, B1 et C1 manquaient de clarté alors que les choix de réponses pour les questions A2, B2 et C2 manquaient de précision et pouvaient confondre le répondant. Les choix de réponses aux questions A5, B5 et C5 sont apparus adéquats, à l'exception de deux éléments qui apparaissaient moins pertinents. Concernant les 15

items de l'échelle de type Likert à quatre niveaux, mesurant le degré d'accord avec les comportements présents dans les énoncés, il a été suggéré d'utiliser plutôt une échelle à cinq niveaux mesurant la fréquence à laquelle les infirmières seraient portées à adopter les comportements présentés dans les différents items de ladite échelle. En général, les items se sont avérés pertinents et clairs. Toutefois, l'item 3 est apparu trop long et semblait comporter deux éléments distincts. Quant à l'item 6, il a été questionné par les experts à savoir s'il est efficace ou non d'adopter un tel comportement. L'item 10 posait un problème, car plusieurs centrales Info-Santé n'ont pas encore d'intervenant social pour le volet social du service. L'item 11 présentait une ambiguïté dans le libellé. L'item 12 était également interrogeable quant à son applicabilité dans l'ensemble des centrales Info-Santé du Québec.

Dans la troisième et dernière section, la principale interrogation portait sur les raisons justifiant le choix des vignettes A et C pour la dernière échelle.

À la suite de ces commentaires, plusieurs changements ont été apportés afin de bonifier, raffiner ou ajouter certaines questions, choix de réponses ou énoncés. Ces modifications ont permis d'augmenter la clarté et la pertinence des différents éléments présentés dans ce questionnaire de recherche. Pour terminer, les experts ont trouvé que les éléments du questionnaire permettaient, en général, de bien saisir les différents aspects des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé lorsqu'elles interviennent auprès d'utilisateurs ayant des comportements caractéristiques d'un TPL.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Selon le plan d'échantillonnage préalablement déterminé et sur un total potentiel de 65 participantes, 49 infirmières ont accepté de participer à cette étude en remplissant le questionnaire de recherche (n = 49). Les données correspondant aux différentes variables sociodémographiques sont présentées aux Tableaux 1 et 2.

Il est possible de constater, au Tableau 1. que la grande majorité des participantes sont des femmes, soit 91,8 %, et que 85,7 % des participantes sont âgées de plus de 41 ans. Autant de répondantes sont détentrices d'un diplôme collégial que d'un diplôme universitaire. Pour les deux tiers (67,4 %), le plus récent diplôme a été obtenu en sciences infirmières.

Tableau 1
Variables sociodémographiques des répondants (n = 49)

| Variabes | Catégories | n | % |
|------------------------|------------------------------|----|------|
| Sexe | Femme | 45 | 91,8 |
| | Homme | 4 | 8,2 |
| Tranche d'âge | 21 à 30 ans | 1 | 2,0 |
| | 31 à 40 ans | 6 | 12,2 |
| | 41 à 50 ans | 19 | 38,8 |
| | 51 ans et plus | 23 | 46,9 |
| Dernier diplôme obtenu | Collégial | 25 | 51,0 |
| | Certificat universitaire | 13 | 26,5 |
| | Baccalauréat | 9 | 18,4 |
| | Diplôme de 2e cycle | 1 | 2,0 |
| | Maîtrise | 1 | 2,0 |
| Domaine d'études | Infirmier | 33 | 67,4 |
| | Administration | 2 | 4,1 |
| | Santé et sécurité au travail | 1 | |
| | Non spécifié | 13 | 26,5 |
| Quart de travail | Nuit | 2 | 4,1 |
| | Jour | 21 | 42,9 |
| | Soir | 19 | 38,8 |
| | Jour-soir | 5 | 10,2 |
| | Soir-nuit | 2 | 4,1 |

Tableau 2
Expérience dans la profession et à la réponse téléphonique (n = 49)

| Variables | Catégories | n | % |
|---|-------------------|----|------|
| Années d'expérience dans la profession | 6 à 10 années | 3 | 6,1 |
| | 11 à 15 années | 7 | 14,3 |
| | 16 à 20 années | 7 | 14,3 |
| | 21 années et plus | 32 | 65,3 |
| Années d'expérience à la réponse téléphonique | 1 à 3 années | 11 | 22,4 |
| | 4 à 6 années | 27 | 55,1 |
| | 7 à 9 années | 6 | 12,2 |
| | 10 années et plus | 5 | 10,2 |

Au Tableau 2 il est possible de constater que cet échantillon est composé de personnes expérimentées, car 93,9 % d'entre elles exercent la profession d'infirmière depuis plus de 11 ans. Également, 65,35 % d'entre elles possèdent 21 années d'expérience et plus en tant qu'infirmière.

La majorité des infirmières de cet échantillon n'ont aucune expérience de travail dans le domaine de la santé mentale, soit 59,2 %, et 63,3 % n'ont jamais participé à une formation spécifique sur le TPL.

Trois quotas ont préalablement été établis dans le plan d'échantillonnage initial. Afin d'être représentatif de la population à l'étude, cet échantillon devait contenir trois

hommes et huit infirmières cliniciennes. En plus, le nombre d'infirmières travaillant sur le quart de jour devait être équivalent au nombre d'infirmières du quart de soir sans oublier la participation de trois infirmières sur le quart de nuit. Tous ces quotas ont été atteints et le nombre prévu de 40 participantes a été dépassé pour atteindre 49, ce qui a permis d'assurer une représentativité acceptable de la population accessible pour la réalisation de cette étude.

Les réactions

Les quatre premières questions précédant chaque vignette clinique tentaient de mesurer certains aspects des perceptions et des pensées des participantes à l'égard des comportements présentés dans ces mêmes vignettes. Il est important de rappeler que la vignette A présentait une usagère faisant du clivage ainsi que des menaces suicidaires. La vignette B présentait une situation sans particularité psychologique de la part de l'utilisateur et la vignette C, exposait un usager ayant un changement brusque de comportement, de l'agressivité ainsi que des propos menaçants. Les pourcentages des perceptions et des pensées d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des comportements présentés dans chacune des vignettes cliniques se retrouvent dans les Tableaux 3 et 4.

Il est possible de constater que la perception à l'égard des comportements présentés aux vignettes A et C est négative alors que le comportement de la vignette B est plutôt perçu de façon positive. Les infirmières perçoivent également les comportements de la

vignette C comme de la manipulation alors que ceux des vignettes A et B sont davantage perçus comme un besoin réel d'aide. En ce qui a trait aux pensées, les comportements des vignettes A et C sont clairement vus comme étant difficiles à gérer au téléphone alors que l'inverse se produit pour la situation clinique de la vignette B. Les infirmières d'Info-Santé pensent qu'elles seront capables de répondre aux besoins d'utilisateurs ayant des comportements comme ceux des vignettes A et B alors que l'incapacité de venir en aide à un utilisateur ayant des comportements comme ceux décrits dans la vignette C s'avère très importante.

Tableau 3

Pourcentage des perceptions d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des comportements présentés aux trois vignettes cliniques (n = 49)

| | Positive % | Négative % | Manipulation % | Besoin réel d'aide % |
|------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------------|
| Vignette A | 4,1 | 95,9 | 26,5 | 73,5 |
| Vignette B | 86,1 | 18,4 | 0,0 | 100,0 |
| Vignette C | 2,0 | 98,0 | 71,4* | 26,5* |

* (n = 48)

Tableau 4

Pourcentage des pensées d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des comportements présentés aux trois vignettes cliniques (n = 49)

| | Facile % | Difficile % | Capable de répondre aux besoins % | Incapable de répondre aux besoins % |
|------------|-------------|----------------|---|---|
| Vignette A | 4,1 | 95,9 | 59,2 | 40,8 |
| Vignette B | 71,4 | 28,6 | 100,0 | 0,0 |
| Vignette C | 10,2 | 89,8 | 26,5 | 73,5 |

Des tests khi-deux ont également été effectués sur l'ensemble des réponses à ces questions en lien avec chacune des vignettes cliniques afin de détecter des relations significatives (Burns & Groove, 2009). Les résultats obtenus corroborent les observations précédentes en montrant que les comportements décrits aux vignettes A et C sont perçus de façon négative alors que ceux de la vignette B sont plutôt perçus de façon positive. Le comportement à la vignette B est manifestement appréhendé comme un besoin réel d'aide et il en est de même pour la vignette A, tandis que celui de la vignette C est plutôt vu comme de la manipulation. En ce qui a trait aux pensées, les infirmières d'Info-Santé pensent que la gestion téléphonique des comportements des vignettes A et C est problématique alors qu'elle serait plus commode pour la vignette B. Finalement, ces résultats montrent que ces infirmières pensent être capables de répondre aux besoins d'un usager présentant un comportement comme celui des vignettes A et B, mais que cette capacité s'estompe en présence d'un comportement tel qu'à la vignette C. Il faut noter que, puisque chaque participante a répondu à chacune des trois vignettes, les indications de calcul d'un khi-deux orthodoxe ne sont pas satisfaites, les sources d'échantillonnage n'étant pas toutes indépendantes. Cependant, la réduction a posteriori du total de fréquences ($3 \times 49 = 147$) à la taille de l'échantillon réelle (49) préserve tout de même la significativité de nos résultats, de sorte que nos conclusions tiennent. Les résultats sont présentés au Tableau 5.

Tableau 5

Pseudo khi-deux entre les perceptions et les pensées à l'égard des trois vignettes cliniques A, B et C (147 observations)

| | Perception : Positive vs négative | Perception : Manipulateur vs besoin réel d'aide | Pensée : facile vs difficile | Pensée : capacité de répondre vs incapacité |
|----------|---|---|---------------------------------|---|
| χ^2 | 97,49* | 59,77* | 66,60* | 56,31* |
| dl | 2 | 2 | 2 | 2 |

*p < 0,001

Les émotions d'infirmières d'Info-Santé ont été mesurées à l'aide d'une liste où les participantes avaient la possibilité de faire plus d'un choix, et ce, pour chaque vignette clinique. Le Tableau 6 présente les pourcentages pour chacune des émotions en lien avec ces vignettes cliniques. Les émotions ressenties à l'égard du comportement de la vignette clinique A (clivage et menaces suicidaires) sont : le sentiment d'être aidante, empathique et réceptive. Cependant, ces émotions sont concomitantes avec l'anxiété, la colère, l'embarras, la frustration, la méfiance et la sensation d'être manipulée. Au sujet de la vignette clinique B (usager sans particularité psychologique), les émotions en avant-plan sont l'empathie, la sensation d'être aidante, détendue, intéressée, objective, réceptive et sympathique. Pour les comportements de la vignette C (propos menaçants), les émotions qui prédominent sont l'anxiété, la colère, la frustration, la méfiance ainsi que le sentiment d'être manipulée et menacée.

Une liste des cooccurrences a également été enregistrée pour les 18 émotions suggérées dans le questionnaire et est présentée au Tableau 7 : les émotions sont

indiquées par leur numéro, dans les rangées comme dans les colonnes : il s'agit du nombre d'émotions cooccurrentes notées chez toutes les participantes et pour l'ensemble des trois vignettes, sans distinction.

Tableau 6
Pourcentages des différentes émotions choisies
pour chacune des trois vignettes cliniques

| Émotion | Vignette A | Vignette B | Vignette C |
|--------------------|------------|------------|------------|
| | % | % | % |
| 1-Aidant (e) | 9,0 | 18,7 | 1,4 |
| 2-Anxieux (euse) | 7,5 | 1,2 | 8,6 |
| 3-Content (e) | 0,0 | 1,6 | 0,0 |
| 4-Détendu (e) | 1,5 | 7,0 | 0,5 |
| 5-Embarrassé (e) | 10,5 | 1,9 | 11,4 |
| 6-Empathique | 8,5 | 16,3 | 1,4 |
| 7-En colère | 5,0 | 0,0 | 14,1 |
| 8-En danger | 0,5 | 0,0 | 7,7 |
| 9-Fort (e) | 1,5 | 3,9 | 0,9 |
| 10-Frustré (e) | 10,4 | 0,0 | 13,2 |
| 11-Incompétent (e) | 4,0 | 0,0 | 2,7 |
| 12-Intéressé (e) | 6,5 | 11,7 | 0,5 |
| 13-Manipulé (e) | 8,0 | 0,0 | 10,0 |
| 14-Méfiant (e) | 8,0 | 0,4 | 8,6 |
| 15-Menacé (e) | 2,5 | 0,0 | 15,5 |
| 16-Objectif (ive) | 5,0 | 11,7 | 1,8 |
| 17-Réceptif (ive) | 9,5 | 17,5 | 0,9 |
| 18-Sympathique | 2,5 | 8,2 | 0,9 |

Tableau 7

Cooccurrences entre les émotions identifiées pour les trois vignettes cliniques (n = 49)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | | 9 | 4 | 21 | 14 | 56 | 2 | | 13 | 2 | 1 | 42 | 3 | 6 | 3 | 37 | 60 | 26 |
| 2 | | | | | 19 | 11 | 13 | 13 | | 13 | 8 | 5 | 13 | 17 | 20 | 3 | 8 | 3 |
| 3 | | | | 1 | | 4 | | | | | | 4 | | | | 2 | 4 | 1 |
| 4 | | | | | | 17 | | | 8 | 1 | | 15 | | 1 | | 17 | 20 | 13 |
| 5 | | | | | | 14 | 19 | 9 | 1 | 21 | 6 | 8 | 21 | 18 | 20 | 8 | 13 | 4 |
| 6 | | | | | | | 2 | 1 | 11 | 1 | 1 | 37 | 3 | 4 | 3 | 33 | 53 | 23 |
| 7 | | | | | | | | 10 | | 29 | 5 | | 19 | 13 | 24 | 2 | | |
| 8 | | | | | | | | | | 11 | 5 | | 10 | 10 | 16 | | | |
| 9 | | | | | | | | | | 2 | | 11 | 1 | | | 11 | 13 | 7 |
| 10 | | | | | | | | | | | 9 | 2 | 26 | 16 | 22 | | 3 | 2 |
| 11 | | | | | | | | | | | | 1 | 6 | 5 | 5 | | 2 | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 | | 24 | 42 | 18 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | 18 | 21 | 1 | 2 | 1 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | 20 | 5 | 4 | 2 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 1 | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | 37 | 18 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le nombre total de cooccurrences enregistrées est de 678, ce qui donne une moyenne de 4 431 cooccurrences par combinaison possible (il y a 153 combinaisons de 18 émotions par paire); en admettant heuristiquement que ces cooccurrences suivent une loi de Poisson, il en faudrait 11 ou plus pour dépasser le seuil de significativité 0,01 (en fait, $p(f \geq 11) < 0,005$), soit que la cooccurrence s'est produite au hasard : on peut ainsi considérer les combinaisons contenant 11 cooccurrences comme étant vraiment révélatrices.

Seules les cooccurrences ayant une pondération de 11 ou plus ont été considérées afin de déterminer si des regroupements significatifs d'émotions sont présents. Les données du tableau des cooccurrences n'ont pas permis d'identifier des regroupements de 11 émotions ou plus cependant, deux d'entre eux contiennent des regroupements d'émotions cohérents quant à leur contenu, soit le groupe 1, rassemblant les émotions 2, 5, 7, 10, 13, 14 et 15, et le groupe 2, pour les émotions 1, 4, 6, 12, 16, 17 et 18. Les émotions et leurs numéros sont présentés au Tableau 6. Le premier groupe est un mélange d'émotions négatives par rapport aux comportements de l'utilisateur, mais également en lien avec une certaine anticipation ou de réactions à ce qui pourrait survenir. Il est également composé d'une émotion mixte : l'anxiété, qui est en toile de fond, amène l'infirmière à être sur la défensive et à repousser une préoccupation, une action à poser ou une expérience émotionnelle difficile. Le deuxième groupe est composé de sept émotions positives. Ces émotions indiquent la présence d'un certain niveau de satisfaction en lien avec la situation clinique présentée. Une autre analyse¹, basée sur la probabilité de conjonction de deux émotions, a été effectuée sur les 18 émotions. Cette analyse présuppose que si deux émotions sont indépendantes, la probabilité de leur cooccurrence sera égale au produit de leurs probabilités respectives. Le test de conjonction a permis d'identifier 153 combinaisons d'émotions, dont 46 d'entre elles atteignaient ou dépassaient 2 c'est-à-dire 5 %. Ces combinaisons significatives viennent donc corroborer les regroupements d'émotions préalablement identifiés.

¹ Le test utilise l'expression suivante : $e = (n_{i,j} - n_i \times n_j / n) / \sqrt{(n_i \times n_j / n)}$, où n est le nombre total d'émotions signalées, n_i et n_j le nombre d'émotions de deux types et $n_{i,j}$ le nombre d'émotions en cooccurrence. Le taux de cooccurrence est déclaré significatif (approximativement) si $e \geq 2$. L'auteur désire remercier le professeur Louis Laurencelle, Ph. D., de l'UQTR, pour avoir conçu et réalisé cette analyse.

Les comportements

Les comportements d'infirmières ont été mesurés en utilisant une échelle de type Likert à cinq niveaux. La grille présentait 15 comportements que l'infirmière est susceptible d'avoir à l'égard de comportements d'usagers tels que ceux présentés dans les trois vignettes cliniques. Les participantes devaient indiquer la fréquence à laquelle elles adopteraient chacun des comportements proposés dans l'échelle allant de jamais, rarement et parfois, jusqu'à souvent et très souvent. Les pourcentages et les écarts-types pour chacun des comportements d'infirmière de cette échelle sont présentés au Tableau 8.

Les moyennes des comportements en lien avec la vignette clinique A (répétition de menaces suicidaires) varient de 2,33 (mettre fin à l'appel si l'utilisateur ne collabore pas) à 4,06 (poser des questions pour rester en contrôle de la situation). En ce qui a trait aux moyennes en lien avec la vignette clinique B (sans particularité psychologique), elles varient de 1,61 (essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation ne dégénère) à 4,33 (suggérer à l'utilisateur des actions pour qu'il se prenne en main). Finalement, les moyennes pour les comportements de la vignette clinique C (propos agressifs et menaçants) varient de 2,57 (préférer ignorer les comportements inacceptables de l'utilisateur pour éviter qu'ils influencent mon évaluation) à 4,08 (recadrer la discussion sur le but premier de l'appel).

Tableau 8

Moyenne et écart type des comportements d'infirmières
pour chacune des vignettes cliniques (n = 49)

| Comportements | Vignette A | | Vignette B | | Vignette C | |
|---|--------------|--------|-------------|-------|-------------|-------|
| | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s |
| 1- Faire alliance avec l'usagère car il vaut mieux l'avoir de mon côté que contre moi. | 3,62* | 1,084* | 3,92 | 1,205 | 2,80 | 1,307 |
| 2- Prendre en considération ce que je ressens à l'égard de l'usagère afin de mieux comprendre ses besoins. | 3,31 | 0,918 | 3,84 | 0,825 | 2,73 | 1,076 |
| 3- Imposer à l'usagère des limites appropriées et la responsabiliser. | 3,67 | 0,922 | 3,69 | 1,045 | 3,90 | 1,046 |
| 4- Tenir compte de ma façon de réagir à l'égard de l'usagère avant d'intervenir. | 3,43 | 0,842 | 3,63 | 0,859 | 3,39 | 0,931 |
| 5- Mettre fin à l'appel si l'usagère ne collabore pas. | 2,33 | 1,088 | 1,71 | 0,866 | 3,41 | 1,383 |
| 6- Poser des questions pour rester en contrôle de la situation. | 4,06 | 0,719 | 4,20 | 0,735 | 3,69 | 0,822 |
| 7- Suggérer à l'usagère des actions pour qu'elle se prenne en main. | 3,77 | 0,857 | 4,33 | 0,718 | 3,71 | 1,061 |
| 8- Poursuivre mon évaluation sans me laisser influencer par ce que je ressens à l'égard du comportement de l'usagère. | 3,41 | 0,934 | 3,76 | 0,947 | 2,78 | 0,896 |
| 9- Préférer ignorer les comportements inacceptables de l'usagère pour éviter qu'ils influencent mon évaluation. | 2,92 | 1,038 | 3,04 | 1,190 | 2,57 | 1,000 |
| 10- Mettre l'usagère en attente pendant quelques instants et prendre une bonne respiration. | 2,65 | 1,071 | 2,39 | 1,133 | 3,06 | 1,265 |
| 11- Consulter, si possible, une autre personne afin d'avoir de l'aide. | 3,20 | 0,979 | 2,98 | 1,031 | 2,92 | 1,304 |
| 12- Prendre un instant pour analyser ce que je ressens et perçois du comportement de l'usagère. | 3,18 | 0,928 | 3,04 | 1,060 | 2,92 | 0,909 |
| 13- Recadrer la discussion sur le but premier de l'appel. | 3,78 | 1,026 | 3,84 | 0,921 | 4,08 | 0,731 |
| 14- Rassurer l'usagère et lui donner mon opinion sur ce qu'elle vit. | 3,12 | 1,013 | 3,65 | 1,091 | 2,78 | 1,123 |
| 15- Essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation ne dégénère. | 2,55 | 0,980 | 1,61 | 0,640 | 3,16 | 1,297 |

* (n = 48)

Afin de déterminer la présence de regroupements significatifs à l'intérieur des 15 comportements proposés, une analyse factorielle exploratoire a été effectuée sur l'ensemble des réponses obtenues à cette échelle, et ce, pour les trois vignettes cliniques combinées (Burns & Groove, 2009) : les facteurs obtenus par la méthode des axes principaux ont ensuite été positionnés selon le principe Oblimin (SPSS). Un modèle à trois facteurs a été retenu². Les résultats de la matrice des types sont présentés au Tableau 9. Il est à noter que les 15 items du Tableau 9 correspondent aux 15 comportements présentés dans le Tableau 8.

Les items regroupés à l'intérieur du premier facteur sont des comportements que l'on pourrait qualifier de défensifs : le facteur suggère que l'infirmière tente d'être en contrôle de la situation afin d'éviter que la situation ne dégénère. Les items du deuxième facteur témoignent du désir de l'infirmière de gérer l'émotion provoquée par le comportement de l'utilisateur en tentant d'établir une certaine « distance », à différents degrés, avec celui-ci. Les items du troisième et dernier facteur identifié suggèrent quant à eux des actions dites délibérées de la part de l'infirmière. Ces comportements font appel à l'aspect réflexif de la professionnelle en soins à l'égard du comportement de l'utilisateur.

² Les corrélations entre facteurs sont $\rho_{1,2} = -0,122$, $\rho_{1,3} = -0,210$ et $\rho_{2,3} = -0,040$.

Tableau 9
Analyse factorielle exploratoire de
l'échelle des comportements d'infirmières d'Info-Santé

| Item | Facteur | | |
|------|---------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 0,535 | - | - |
| 2 | 0,262 | -0,363 | 0,383 |
| 3 | 0,465 | 0,481 | - |
| 4 | - | - | 0,445 |
| 5 | - | 0,781 | - |
| 6 | 0,660 | - | - |
| 7 | 0,681 | - | - |
| 8 | 0,681 | - | - |
| 9 | 0,439 | - | - |
| 10 | - | 0,388 | 0,547 |
| 11 | - | - | 0,445 |
| 12 | - | - | 0,829 |
| 13 | 0,325 | 0,341 | - |
| 14 | 0,531 | - | - |
| 15 | -0,293 | 0,678 | - |

Des analyses de variance de plan A_R (3 vignettes, avec mesures répétées) ont été effectuées sur les moyennes de chacun des 15 comportements, pour les trois vignettes cliniques : pour chaque comportement, les différences d'une vignette à l'autre ont été comparées à l'aide du test HSD de Tukey. Les résultats obtenus et présentés au Tableau 10 montrent que les différences entre les moyennes des comportements 3, 4, 11, 12 et 13 ne sont pas significatives entre les 3 vignettes cliniques alors que plusieurs autres comportements obtiennent des différences de moyennes significatives, au seuil de 0,05 et de 0,01. Les 15 comportements du Tableau 10 correspondent aux 15 comportements décrits au Tableau 8.

Tableau 10

Moyennes des comportements pour chaque vignettes cliniques et HSD de Tukey

| Comportements | Vignette A Moyenne | Vignette B Moyenne | Vignette C Moyenne | A-B | A-C | B-C |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------|------|------|
| 1 | 3,62 | 3,92 | 2,80 | - | 0,01 | 0,01 |
| 2 | 3,31 | 3,84 | 2,73 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| 3 | 3,67 | 3,69 | 3,39 | - | - | - |
| 4 | 3,43 | 3,63 | 3,90 | - | - | - |
| 5 | 2,33 | 1,71 | 3,41 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| 6 | 4,06 | 4,20 | 3,69 | - | 0,01 | 0,01 |
| 7 | 3,77 | 4,33 | 3,71 | 0,01 | - | 0,01 |
| 8 | 3,41 | 3,76 | 2,78 | 0,05 | 0,01 | 0,01 |
| 9 | 2,92 | 3,04 | 2,57 | - | 0,05 | 0,01 |
| 10 | 2,65 | 2,39 | 3,06 | - | 0,05 | 0,01 |
| 11 | 3,20 | 2,98 | 2,92 | - | - | - |
| 12 | 3,18 | 3,04 | 2,92 | - | - | - |
| 13 | 3,78 | 3,84 | 4,08 | - | - | - |
| 14 | 3,12 | 3,65 | 2,78 | 0,01 | - | 0,01 |
| 15 | 2,55 | 1,61 | 3,16 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |

Parmi les comportements obtenant des différences de moyennes significatives, il est possible d'identifier trois groupes distincts de comportements. Le premier groupe est composé des comportements 5 et 15. Les différences de moyennes pour ces deux comportements et pour les trois vignettes cliniques ($C > A > B$) sont significatives au seuil de 0,01. Ces différences suggèrent que les infirmières ont tendance à mettre fin à l'appel si l'utilisateur ne collabore pas ou à essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation dégénère en présence d'utilisateurs ayant des comportements menaçants, agressifs, faisant du clivage et faisant des menaces suicidaires. Le deuxième groupe est composé des comportements 7 et 14. Les différences de moyennes pour ces deux comportements face aux trois vignettes cliniques ($B > A > C$) sont significatives au

seuil de 0,01, mais seulement pour les différences entre les vignettes A et B ainsi que B et C. Ces différences mettent en lumière que l'infirmière est plus disposée à suggérer à l'utilisateur des actions pour qu'il se prenne en main et à le rassurer sur ce qu'il vit dans la situation où le comportement n'est pas problématique. Le dernier groupe est composé des comportements 6 et 1. Les différences de moyennes pour ces deux comportements faces aux trois vignettes cliniques ($B > A > C$) sont significatives au seuil de 0,01, mais pour les différences entre les vignettes A et C ainsi que B et C : les vignettes A et C ne diffèrent pas. Ces différences nous laissent voir que, dans la vignette où il y a des menaces suicidaires, l'infirmière est plus disposée à faire alliance avec l'utilisateur et lui poser des questions pour rester en contrôle de la situation qu'avec l'utilisateur verbalement agressif et menaçant. La situation est similaire entre la situation non problématique et le comportement agressif.

D'autres analyses de variance ont été effectuées en regroupant les participantes selon le dernier diplôme obtenu, soit un groupe 1 (diplôme collégial) vs un groupe 2 (diplôme universitaire, d'un degré ou l'autre). Le plan d'analyse est de type $A \times B_r$, soit $A = 2$ groupes, $B = 3$ vignettes sur mesures répétées. L'interaction Groupes \times Vignettes ne s'est pas révélée significative, ce qui indique que les deux groupes ne réagissent pas différemment aux trois vignettes. Les résultats montrent que les interactions sont non significatives, voire plutôt faibles pour tous les comportements, ce qui indique que le niveau de scolarité ne fait pas varier les comportements des infirmières d'Info-Santé vis-à-vis des comportements présentés dans les trois vignettes cliniques.

Un autre regroupement, cette fois selon les années d'expérience à la consultation téléphonique, a donné lieu à trois niveaux, soit 1 à 3 années, 4 à 6 années, 7 années et plus, et à des analyses de variance de type $A \times B_r$ ($A = 3$ groupes, $B = 3$ vignettes sur mesures répétées). Dans aucune des 15 analyses, le terme d'interaction Groupes \times Vignettes ne s'est approché de la significativité. Il semble donc que les réactions aux vignettes, pourtant très marquées d'une vignette à l'autre, ne dépendent aucunement des années d'expérience de l'infirmière d'Info-Santé.

Par ailleurs, les participantes ont été subdivisées en deux groupes partiels, celles qui déclarent œuvrer de jour et celles qui travaillent de soir (au total, presque 40 personnes); entre ces deux groupes, comparés par des tests t de Student, aucun des 15 comportements de la vignette C ne montre de différence significative, ni même de différence sérieuse. Il faut croire que « l'effet » (des vignettes), c'est-à-dire les comportements des infirmières d'Info-Santé pour la situation la plus stressante, sont passablement universels et ne varient guère, qu'il s'agisse de travailleuses du jour ou du soir, de hautes ou basses diplômées, ou de gens ayant une expérience téléphonique plus ou moins longue.

Aspects liés à la gestion d'un TPL à Info-Santé

Les participantes reconnaissent, dans une proportion de 50 %, que leurs connaissances actuelles ne leur permettent pas d'être à l'aise pour intervenir auprès d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants. Elles mentionnent également que ces mêmes connaissances sont insuffisantes au sujet des symptômes présentés par un usager

ayant un trouble de personnalité limite (53,1 %) et au sujet de modèles théoriques pour appuyer leurs interventions à l'égard de ces personnes (77,5 %). Ils signalent donc, de façon majoritaire (93,9 %), qu'ils aimeraient participer à une formation spécifique leur permettant de développer des habiletés pour être en mesure d'intervenir de façon efficace auprès d'utilisateurs ayant ce type de comportements.

Dans une proportion de 69,4 %, le soutien clinique les aide à organiser leurs interventions en présence de comportements dérangeants. Cependant, la grande majorité (93,8 %) signale l'importance de lignes directrices ainsi que d'une approche d'équipe unifiée et constante afin d'intervenir de façon adéquate.

Enfin, la grande majorité des répondants (93,9 %) considèrent qu'il est primordial d'établir un climat de confiance avec les utilisateurs ayant des comportements dérangeants. Les réponses fournies à la dernière question ouverte du questionnaire de recherche ont été transcrites à l'intérieur d'une grille afin d'en faire une analyse de contenu de type catégoriel. Deux des 49 participantes n'ont présenté aucune réponse à cette question. L'opération a consisté à calculer et à comparer les fréquences des différents éléments de réponse afin de les regrouper en catégories significatives (Burns & Groove, 2009). Cette démarche quantitative a permis de mettre en évidence la présence de trois thèmes émergents, tels la gestion des appels difficiles, la formation sur le TPL et les outils d'intervention. Les participantes ayant répondu à cette question ont émis des commentaires en lien avec la formation sur le TPL dans une proportion de 63 %. Celles

ayant fait des commentaires sur l'aspect de la gestion des appels difficiles l'ont fait dans une proportion de 19 %. Finalement, 14 % des commentaires exprimés sont en lien avec l'importance d'outils afin d'être en mesure de mieux intervenir auprès d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants. La synthèse et la fréquence des réponses regroupées sous les trois thèmes identifiés sont présentées au Tableau 11.

La réponse ayant été la plus fréquemment donnée se situe au niveau du désir de recevoir de la formation sur le trouble de personnalité limite ainsi que sur les interventions à privilégier auprès de cette clientèle. La disponibilité d'une intervenante sociale pour la prise en charge de ces utilisateurs, la consultation, au besoin, d'une personne-ressource ainsi que l'écoute d'un appel en simultané avec une infirmière font également partie des commentaires ayant été les plus fréquents. En plus, les participantes ont mentionné l'importance d'élaborer des lignes directrices, des plans d'interventions types ainsi que des procédures et des balises claires à suivre au service Info-Santé en lien avec les appelants fréquents et ceux ayant des comportements dérangeants.

En réponse aux questions de recherche, cette analyse montre que les infirmières d'Info-Santé ont une perception plutôt négative de certains types d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants, tels les menaces suicidaires, le clivage ainsi que les propos agressifs et menaçants. En plus, elles pensent que la gestion téléphonique de tels comportements est difficile.

Les appels avec ce type d'usagers génèrent plusieurs émotions chez l'infirmière d'Info-Santé. Les résultats mettent en lumière la présence de deux regroupements d'émotions. L'un fait référence à des émotions plutôt négatives en lien avec les comportements dérangeants de l'utilisateur, mais également avec une certaine anticipation à ce qui pourrait survenir. L'autre est composé d'émotions positives. Les menaces suicidaires et le clivage vont susciter le sentiment d'être aidante, empathique et réceptive. Cependant, ces émotions sont concomitantes avec l'anxiété, la colère, l'embarras, la frustration, la méfiance et la sensation d'être manipulée. En ce qui a trait aux propos agressifs et menaçants, les émotions prédominantes sont l'anxiété, la colère, la frustration, la méfiance ainsi que le sentiment d'être manipulée et menacée.

Au sujet des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements comme ceux décrits précédemment, ils peuvent être regroupés en trois facteurs : le facteur « défensif » suggérant que l'infirmière tente d'être en contrôle de la situation afin d'éviter que la situation ne dégénère, le facteur « distance » témoignant du désir de l'infirmière de gérer l'émotion provoquée par le comportement de l'utilisateur en tentant d'établir une certaine distance, à différents degrés, avec celui-ci, et finalement, le facteur « délibéré » faisant appel à l'aspect réflexif de la professionnelle en soins à l'égard du comportement de l'utilisateur.

Pour conclure, les résultats montrent que les comportements d'infirmières d'Info-Santé à la situation la plus dérangeante c'est-à-dire, les propos menaçants et agressifs,

sont passablement universels et ne varient guère, qu'il s'agisse de travailleuses de jour ou de soir, du niveau de scolarité ou de gens ayant une expérience téléphonique plus ou moins longue.

Il est à noter que l'ensemble des données brutes utilisées pour la réalisation des statistiques de cette étude est présenté à l'appendice I.

Tableau 11

Synthèse et fréquence des réponses à la question 4 de la section 3 du questionnaire de recherche regroupées sous les trois thèmes identifiés (n = 47)

| Thèmes | Synthèse des réponses | Fréquence |
|--|---|-----------|
| Gestion des appels difficiles | Procédures et balises claires à suivre au service Info-Santé en lien avec les appelants dérangeants et fréquents (ce qui est permis de dire ou faire avec cette clientèle) | 5 |
| | Se baser sur des consignes claires en provenance d'un soutien clinique qualifié avec ces usagers et non basées sur des opinions personnelles | 3 |
| | Disponibilité d'un intervenant social pour la prise en charge de ces usagers, la consultation au besoin et l'écoute d'un appel difficile en simultanée avec une infirmière | 10 |
| | Durant et après un appel difficile, avoir la possibilité de ventiler ses émotions auprès de quelqu'un | 1 |
| Formation | Formations sur le trouble de personnalité limite et les interventions à privilégier auprès de cette clientèle sous forme de : | 22 |
| | -capsules et mises en situation courtes et pratiques | 4 |
| | -histoires ou discussions de cas en petits groupes | 1 |
| | -jeux de rôles encadrés par une personne avec une expertise dans ce domaine | 2 |
| | -écoute d'appels ayant été difficiles avec des collègues infirmières ou intervenants sociaux | 5 |
| | Ces formations devraient : | |
| | -être données en parallèle avec les intervenants sociaux | 1 |
| | -être adaptées à l'intervention téléphonique | 4 |
| | -faire l'objet de mises à jour fréquentes | 2 |
| | -permettre l'écoute d'appels effectués par un intervenant social avec un client ayant des comportements dérangeants ou d'un collègue ayant des habiletés avec ce type de clientèle | 4 |
| | Ces formations devraient contenir : | |
| | -des techniques de désamorçage de l'agressivité verbale | 1 |
| | -les questions thérapeutiques à formuler auprès de ces personnes | 1 |
| -les attitudes à privilégier auprès de cette clientèle | 3 | |
| -les modèles théoriques et d'intervention permettant de comprendre et faire la gestion de comportements difficiles | 3 | |
| -des techniques pour recadrer certains types de comportements | 1 | |
| -des techniques de communication | 2 | |
| Outils | Élaboration de lignes directrices et de plans d'interventions types | 7 |
| | Élaboration d'outils de travail ou d'une grille pour aider à détecter un TPL, à évaluer le risque suicidaire chez ce type de clientèle, à évaluer la présence de danger imminent et à faire le meilleur choix d'interventions à effectuer | 4 |
| | Ces outils devraient contenir : | |
| -des mots ou des phrases pour aider les infirmières à garder le contrôle et recadrer les appels avec les clientèles difficiles | 3 | |

Discussion

La discussion des résultats obtenus dans le cadre de cette étude est présentée, tout d'abord, sous forme de constats au niveau des réactions d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants. Deuxièmement, les constats sont mis en lien avec les comportements de ces mêmes infirmières. La troisième section traite des facteurs pouvant influencer les comportements d'infirmières d'Info-Santé. Ces trois sections sont suivies d'une critique de la démarche de recherche composée des limites de l'étude, de la diffusion et des retombées attendues.

Constats au niveau des réactions

Les résultats de cette étude montrent que les infirmières ayant rempli le questionnaire de recherche sont des professionnelles qui ont plusieurs années d'expérience dans la profession. Dans une forte proportion, cette expérience comprend plus de quatre années à la réponse téléphonique. Leur niveau d'expérience dans le domaine de la santé mentale s'avère toutefois limité et peu d'entre elles affirment avoir déjà participé à une formation spécifique sur le trouble de personnalité limite.

Quelles sont leurs réactions à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants? Avant d'aller plus loin, il importe de rappeler que les comportements dérangeants dont il est question dans le cadre de cette étude sont des comportements

caractéristiques d'un TPL. Plus particulièrement, il s'agit des menaces suicidaires et du clivage présentés dans la vignette clinique A, ainsi que des changements brusques de comportements, des propos menaçants et de la colère intense et inadéquats présentés dans la vignette clinique C. Ces comportements sont reconnus dans la littérature et sur le terrain pour susciter énormément de réactions chez les professionnelles en soins. Les résultats, en lien avec différents aspects des réactions d'infirmières d'Info-Santé à l'égard de ce type de comportement, ont permis de mettre en lumière qu'elles ont une perception plutôt négative des comportements caractéristiques d'un TPL présentés dans les vignettes cliniques (menaces suicidaires, clivage, changements brusques de comportements, propos menaçants) et qu'elles ont l'impression d'être manipulées lorsqu'elles doivent intervenir auprès d'utilisateurs ayant des propos menaçants et agressifs. Cependant, il est important de souligner que la manipulation n'est pas un symptôme caractéristique du TPL mais plutôt une perception des infirmières à l'égard de ces utilisateurs. Ces mêmes résultats montrent que le clivage et les menaces suicidaires sont également perçus de façon négative. Cependant, ces comportements apparaissent aux yeux d'infirmières d'Info-Santé comme un besoin réel d'aide. En plus de les appréhender, elles pensent que la gestion téléphonique de ces comportements dérangeants risque d'être difficile et problématique. Les comportements agressifs et menaçants les amènent même à douter de leur capacité à venir en aide à ces utilisateurs. L'étude de Woollaston et Hixenbaugh (2008) abonde dans le même sens en montrant que les cliniciennes se sentent menacées lorsqu'elles sont incapables de combler les besoins de l'utilisateur avec un TPL. Le clivage ainsi que le stress vécu face au fait de se sentir manipulée par ce type d'utilisateur amènent l'infirmière à

ressentir l'incapacité d'être en mesure de leur venir en aide (Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

La revue des écrits a aussi permis de constater que le personnel soignant a tendance à considérer que le client avec un TPL est plus responsable et en contrôle de ses comportements négatifs que d'autres types de clientèle (Markham & Trower, 2003). Ces résultats ne sont pas étrangers à ce qui est constaté dans d'autres études où les usagers aux prises avec un TPL sont perçus de façon négative par les infirmières (Cleary, Siegfried & Walter, 2002; James & Cowman, 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Également, les résultats de cette étude ont permis de mettre en relief la présence de deux groupes d'émotions suscités par les comportements dérangeants présentés dans les vignettes cliniques et accompagnant l'infirmière d'Info-Santé dans ses interventions auprès de l'utilisateur.

Le premier groupe est composé de sept émotions dont l'anxiété, l'embarras, la colère, la sensation d'être en danger, la frustration, la sensation d'être manipulée et menacée et la méfiance. L'étude de Woollaston et Hixenbaugh (2008) montre aussi que les cliniciennes vivent un sentiment de menace lorsqu'elles sont incapables de combler les besoins de l'utilisateur ayant un TPL. Le deuxième groupe dévoile des émotions plutôt positives telles que la sensation d'être aidant et détendu, l'empathie, l'intéressement, l'objectivité, la réceptivité et le sentiment d'être sympathique. La présence de

comportements dérangeants peut donc susciter chez l'infirmière d'Info-Santé une gamme variée d'émotions.

Il est permis de croire que les données recueillies lors de la revue des écrits pourraient appuyer l'hypothèse selon laquelle les perceptions que les infirmières ont des différents comportements caractéristiques du TPL influent sur ce qu'elles croient et ressentent lorsqu'elles sont en contact avec de tels agissements. D'ailleurs, deux études ont mis en lumière que les cliniciennes travaillant dans le champ de pratique de la santé mentale et de la psychiatrie font l'expérience d'attitudes et de réactions émotionnelles plus négatives envers les usagers ayant un TPL qu'envers ceux ayant d'autres types de troubles mentaux (Deans & Meocevic, 2006; Fraser & Gallop, 1993). Les perceptions, les pensées ainsi que les émotions d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeant ne semblent pas être différentes de celles d'infirmières travaillant dans un contexte plus traditionnel de soins.

Constats au niveau des comportements

En ce qui a trait aux comportements d'infirmière d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants, les résultats nous permettent, dans un premier temps, d'identifier que, parmi les comportements explorés dans le questionnaire de recherche, trois grandes familles caractérisent les actions des professionnels en soins à cet égard.

La première famille inclut des comportements où l'infirmière est défensive et tente de contrôler la situation. Ces différentes actions consistent à suggérer à l'utilisateur des moyens pour qu'il se prenne en main, à le rassurer et à lui donner une opinion sur ce qu'il vit. Toutefois, ces comportements d'infirmière sont surtout présents lorsque la situation avec l'utilisateur n'apparaît pas problématique.

Les résultats montrent également que l'infirmière est davantage disposée à faire alliance avec l'utilisateur faisant des menaces suicidaires et du clivage, ainsi qu'à lui poser des questions pour rester en contrôle de la situation. Cependant, ces derniers comportements s'estompent en présence de changements brusques de comportements, d'agressivité et de menace de la part de l'utilisateur.

La deuxième famille dévoile des comportements où l'infirmière tente d'établir une distance afin de gérer les émotions suscitées par les comportements de l'utilisateur. Les résultats ont d'ailleurs permis de constater que les infirmières ont tendance à mettre fin à l'appel ou à le terminer le plus rapidement possible lorsque l'utilisateur ayant des comportements dérangeants ne collabore pas. Ces comportements apportent un éclairage complémentaire aux résultats de l'étude de Markham (2003) où il a mis en lumière que les infirmières croient que les utilisateurs ayant un TPL sont plus dangereux que ceux ayant un diagnostic de schizophrénie ou de dépression. Cette croyance les amène à éviter les utilisateurs ayant ce type de trouble. Il y a d'ailleurs une corrélation positive entre le désir de

garder une certaine distance sociale avec ceux-ci et la croyance quant à leur dangerosité plus élevée (Markham, 2003).

La troisième et dernière famille de comportements regroupe des éléments où l'infirmière tente de faire une réflexion sur ses réactions à l'égard des comportements de l'utilisateur. Ces comportements seraient, selon Orlando (1979), ceux qui seraient les plus susceptibles de répondre au besoin réel de l'utilisateur.

Facteurs pouvant influencer les comportements

Plusieurs variables ont été prises en considération afin d'évaluer si certains facteurs ont un impact quelconque sur les comportements des infirmières d'Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants, en l'occurrence, certains comportements caractéristiques d'un TPL. Toutefois, les résultats aux différents tests statistiques effectués n'ont pas permis d'établir de relations significatives entre les comportements des infirmières d'Info-Santé et leur niveau de scolarité, leur nombre d'années d'expérience au téléphone, ainsi que leur quart de travail. Le niveau de scolarité ou le quart de travail ne font pas varier les comportements des infirmières d'Info-Santé vis-à-vis des comportements présentés dans les trois vignettes cliniques. Quant aux réactions, pourtant très marquées d'une vignette à l'autre, elles ne dépendent aucunement des années d'expérience de l'infirmière d'Info-Santé.

Dans la littérature, Treloar et Lewis (2008a) ont identifié plusieurs facteurs pouvant influencer l'attitude des professionnels de la santé envers les usagers ayant un TPL et des comportements d'automutilation. Le milieu de travail, le sexe de l'intervenant ainsi que la participation à un programme de formation peuvent avoir un impact sur les attitudes qui seront adoptées par les professionnels en soins. D'ailleurs, les cliniciens travaillant à l'urgence ont montré des attitudes plus négatives envers le TPL que ceux travaillant dans un département de santé mentale. Les professionnelles de sexe féminin ont quant à elles montré des attitudes plus positives à l'égard des usagers ayant un TPL que leurs confrères masculins (Treloar & Lewis, 2008b). Le fait de participer à des formations spécifiques sur ce trouble mental permet également d'améliorer les attitudes des infirmières et des médecins à l'égard du TPL et ce, peu importe qu'ils proviennent du secteur des soins d'urgence ou de la psychiatrie (Treloar & Lewis, 2008b). En plus, la participation à de telles formations fait voir un taux d'efficacité plus important, quant à l'amélioration de l'attitude à l'égard du TPL, chez les infirmières et les médecins que chez les autres types de professionnelles (Treloar & Lewis, 2008b).

Liens avec le modèle théorique d'Orlando

Selon Orlando (1979), les comportements de l'utilisateur, perçus par l'infirmière, représentent le premier élément de sa théorie du processus infirmier délibéré. Les comportements d'utilisateur dont il était question dans cette étude sont les menaces suicidaires, le clivage, les changements brusques de comportements ainsi que les propos menaçants et agressifs. Ces différents comportements sont qualifiés de dérangeants, car

ils suscitent beaucoup de réactions chez les infirmières en général ainsi que chez les participantes de cette étude. D'ailleurs, les résultats montrent qu'elles les ont perçus de façon négative. Elles pensent même que la gestion téléphonique de tels comportements risque d'être difficile. Ce qu'elles perçoivent et pensent va les amener, selon Orlando (1979), à vivre plusieurs émotions en lien avec ces deux aspects. Cette étude a mis en lumière que ces comportements les amènent à ressentir de l'anxiété, de la colère, de la frustration, de la méfiance ainsi que le sentiment d'être manipulées et menacées. Dans la théorie du processus infirmier délibéré, l'infirmière doit absolument prendre en considération ses diverses réactions à l'égard du comportement de l'utilisateur afin d'être en mesure d'intervenir de façon efficace et de répondre aux besoins réels de l'utilisateur. Dans la présente étude, il est intéressant de constater, que parmi les différents comportements d'infirmière d'Info-Santé en lien avec les comportements dérangeants présentés dans les vignettes cliniques A et C, il y a présence d'actions « délibérées ». Ce type d'action, où l'infirmière prend en considération ce qu'elle perçoit, pense et ressent à l'égard du comportement de l'utilisateur, est davantage en mesure de répondre aux besoins réels de celui-ci.

Recommandations en lien avec la pratique

Les résultats de la présente étude indiquent qu'une infirmière sur deux considère que ses connaissances actuelles sont insuffisantes au sujet du TPL. En plus, 77,5 % des participantes ne connaissent pas de modèles théoriques sur lesquels elles peuvent appuyer

leurs interventions. Il n'est donc pas étonnant de constater que ces infirmières désirent, dans une proportion de 93,9 %, participer à une formation spécifique sur le TPL.

Les infirmières d'Info-Santé signalent également l'importance d'un soutien clinique organisé, de lignes directrices claires et d'une approche d'équipe cohérente afin d'être en mesure d'intervenir de façon adéquate et en toute confiance. Ces différents aspects ont été identifiés lors de l'analyse des réponses de la dernière question du questionnaire de recherche. Les infirmières d'Info-Santé se sont également exprimées, dans une proportion de 93,8 %, sur l'importance de ces mêmes aspects.

L'approche à privilégier, auprès d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants, devrait toujours être basée sur l'établissement d'un climat de confiance en plus d'être centrée sur le comportement de l'utilisateur ainsi que sur les réactions de l'infirmière (Orlando, 1979). Les participantes de l'étude considèrent, à 93,9 %, l'importance du climat de confiance. Finalement, il s'avère essentiel de favoriser la formation des membres de l'équipe, de développer des outils d'intervention et d'établir des balises organisationnelles permettant de soutenir la gestion des appels difficiles. D'ailleurs, James et Cowman (2007) mentionnent que les infirmières doivent avoir un niveau de formation adéquat sur le trouble de personnalité limite afin d'être en mesure de venir en aide à ces personnes de façon adéquate et efficace. Le niveau d'expérience ainsi que la participation antérieure à une formation spécifique sur ce trouble s'avèrent très importants. Comme mentionné précédemment, l'élément formation est un facteur de

taille à considérer, surtout lorsqu'un meilleur niveau d'attitude est souhaitable de la part des professionnels en soins à l'égard des patients ayant un TPL (Treloar & Lewis, 2008a). D'autant plus que la présente étude ne montre pas de différence dans les comportements des infirmières ayant une formation de niveau collégial ou de niveau universitaire en lien avec les comportements présentés dans les trois vignettes cliniques.

Critique de la démarche

Limites de l'étude

L'utilisation de vignettes cliniques a l'avantage d'être accessible et peu coûteuse. En plus, elles permettent à tous les répondants d'être exposés aux mêmes types de comportements ou situations cliniques. Cependant, elles demandent d'être prudent lors de l'interprétation des résultats, car il importe de se demander si les répondants auraient fourni les mêmes réponses s'ils avaient été en présence de situations téléphoniques réelles.

La méthodologie choisie, c'est-à-dire l'utilisation d'un questionnaire, fait en sorte qu'il est difficile de déterminer si les réponses obtenues correspondent bien aux perceptions, aux pensées, aux émotions ainsi qu'aux comportements des infirmières d'Info-Santé à l'égard des comportements suggérés dans les vignettes cliniques, et ce, malgré les diverses précautions d'usage (anonymat, validité de contenu). Il est également difficile d'exclure qu'un phénomène de « désirabilité sociale » n'ait eu quelque incidence sur l'orientation des résultats.

L'utilisation d'un outil de mesure n'ayant qu'une validité manifeste, combinée à un échantillon de faible taille limité à un seul service régional Info-Santé Info-Social, fait en sorte que la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats et que la généralisation de ceux-ci à l'ensemble des infirmières du Québec travaillant dans les services régionaux Info-Santé Info-Social mérite d'être empiriquement vérifiée.

L'appartenance et le statut du chercheur principal en tant qu'infirmier clinicien dans le milieu où se déroule l'étude ont plusieurs conséquences possibles qui pourraient constituer une limite liée au chercheur dans ce projet. Ainsi, selon la perception des infirmières concernant le chercheur, elles pourraient être incitées à participer ou non au projet, à nuancer plus que normalement leurs réponses, ou encore à se conformer à ce qui est attendu d'une infirmière lors d'interactions similaires à ce que proposent les vignettes cliniques. Bien que l'appartenance du chercheur au milieu soit habituellement considérée comme un atout pour une étude, notamment en raison de sa proximité pour offrir davantage d'informations concernant le projet et un processus de recrutement facilité en raison de sa connaissance du milieu, cette proximité peut également constituer une limite pour cette étude.

Diffusion et retombées attendues

La diffusion d'un portrait des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants aura des retombées réparties sur quatre dimensions :

L'enseignement, par le partage des connaissances issues de cette étude entre les infirmières du Service régional Info-Santé où l'étude a été réalisée; le partage des connaissances pourrait également être intéressant au niveau des 15 services régionaux Info-Santé Info-Social de la province de Québec, mais en considérant les limites de l'étude quant à la généralisation des résultats;

La télépratique infirmière, par l'utilisation des résultats pour l'élaboration de lignes directrices ou d'outils cliniques pour venir en aide aux infirmières dans la gestion de comportements difficiles;

L'administration, par l'utilisation de cette étude en tant qu'outil de sensibilisation et de promotion de la pratique infirmière dans un contexte de télépratique comme c'est le cas à Info-Santé et Info-Social;

La recherche, par l'apport de cette étude qui présente des résultats probants sur les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard de certains comportements dérangeants ainsi que des aspects en lien avec la gestion de comportements caractéristiques d'un TPL.

Cette étude a déjà été présentée auprès du comité de gestion de la direction de la santé physique du Centre de Santé et Service sociaux (CSSS) où elle a été réalisée. Elle

sera également présentée au comité de direction du même CSSS à l'automne 2010. Le mémoire sera distribué, en version électronique, à l'ensemble des centrales Info-Santé Info-Social du Québec. En outre, des publications dans la revue de l'Association des infirmiers et infirmières d'Info-Santé ainsi que dans d'autres revues à caractère scientifique pourraient éventuellement être réalisées.

Conclusion

Cette étude avait pour but de décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants, tels que ceux caractéristiques d'un TPL. Les résultats obtenus par cette recherche descriptive simple effectuée à l'aide d'un questionnaire de recherche distribué à 49 infirmiers (ères) dans l'un des 15 services régionaux Info-Santé Info-Social de la province de Québec ont permis de mettre en lumière que les infirmières d'Info-Santé ont une perception plutôt négative de certains comportements dérangeants tels que les menaces suicidaires, le clivage ainsi que les propos menaçants et agressifs. Ces derniers les amènent même à douter de leur capacité à leur venir en aide. Elles pensent également que la gestion de tels comportements risque d'être difficile et problématique. Ces éléments ne diffèrent pas de ce qu'on peut retrouver dans la littérature auprès d'infirmières travaillant dans un contexte traditionnel de soins où celles-ci sont en présence de ces usagers. L'identification de deux groupes d'émotions ainsi que de trois catégories de comportements suggèrent que ces éléments pourront aider à mieux comprendre les réactions et les comportements des infirmières travaillant dans un contexte de télépratique auprès d'utilisateur ayant des comportements dérangeants et difficiles. En plus, ces éléments pourront servir de base pour l'élaboration d'outils et de formation spécifiques afin de venir en aide aux infirmières travaillant dans un contexte de réponse téléphonique auprès d'usagers ayant des comportements dérangeants. Les résultats n'ont pas permis d'identifier de relation entre leurs comportements et leur niveau de scolarité,

leur nombre d'années d'expérience au téléphone ainsi que leur quart de travail. Cependant, les participantes ont exprimé leur manque de connaissances tant au niveau des symptômes que des modèles théoriques afin d'intervenir de façon adéquate auprès d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants. Ces constatations sont tout à fait cohérentes avec leur désir de bénéficier d'un soutien clinique adéquat et organisé, de réclamer une approche d'équipe cohérente et d'avoir la possibilité de participer à des formations sur le TPL ainsi que sur les interventions à privilégier avec une clientèle difficile.

Références

- Amey, Stephanie Elizabeth (1992). Nurses' stereotypically-oriented versus individually-oriented perceptions of and responses to psychiatric patients: Are individual borderline patients stereotyped? *M.Sc. dissertation, University of Toronto (Canada), Canada*. Retrieved March 29, 2009, from *Dissertations & Theses: Full Text database*. (Publication No. AAT MM78426).
- Bégin, C. & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé Mentale au Québec, 22*, 43-68.
- Braverman, B. G. & Shook, J. (1987). Spotting the Borderline Personality. *The American Journal of Nursing, 87*, 200-203.
- Brochu, M. (2001). Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne, comment y survivre. *Le Médecin du Québec, 36*, 57-63.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. *Philadelphia: W. B. Saunders*.
- Canadian Nurses Association (CNA). (2001). *The Role of the Nurse in Telepractice*. Ottawa: Author.
- 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*, 186-191.
- Cousineau, P. (1997). Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité. *Santé Mentale au Québec, 22*, 5-15.
- Cousineau, P. & Young, J.E. (1996). Le traitement du trouble de personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas. *Santé mentale au Québec, XXII (1)* 87-105.
- Dawson, D. (1993). Relationship management and the borderline patient. *Canadian Family Physician, 39*, 833.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 21*, 43-49.

- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Fitzpatrick, J. J. & Whall, A. L. (1996). *Conceptual models of nursing : analysis and application*. Stamford, Conn.: Appleton & Lange.
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 336-341.
- Goodwin, S. (2007). Telephone Nursing: An Emerging Practice Area. *Nursing Leadership*, 20 (4).
- Guelfi, J. D., Crocq, M. A. & American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Hagan, L., & Garon, G. (1998). Info-santé CLSC: Un service efficace? *Canadian Journal of Public Health*, 89, 125-128.
- Hagan, L. & Montecino, M. (2002). *La voie de la santé en processus d'amélioration continue*. Atelier : Donner des conseils...mais sont-ils compris?, présenté au Congrès de l'Association des infirmières en Info-Santé.
- Hahusseau, S. (2007). L'approche des schémas. Dans R. Labrosse & C. Leclerc. Collectifs d'auteurs. *Trouble de personnalité limite et réadaptation*. Éditions Ressources, pp. 10.01-10.22.
- Hénault, M., Leprohon, J. (1998). *Lignes directrices de l'exercice infirmier à Info-Santé*. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- Horsfall, J. (1999). Towards understanding some complex borderline behaviours. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6, 425-432.
- James, P., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.
- Kevin, J. (2002). An examination of telephone triage in a mental health context. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 757-769.
- LaForge, E. (2007). The patient with borderline personality disorder. *JAAPA*, 20, 46-50.

- Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. PUF, 65-81.
- Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 1, 23-32.
- Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. & Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*: ERPI.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12, 595-612.
- Markham, D. & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 243-256.
- Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N. & Hayter, M. (2009). 'Caring across thorns': Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 440-450.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Amp; Wilkins.
- Ménard, M. (1997). L'intervention auprès des clients cliniquement difficiles à rejoindre. Document faisant état des travaux de concertation du comité sur la continuité des soins de la sous-région Ouest et ayant pour but de traiter des cas les plus problématiques (violence, troubles de personnalité, etc.). 20 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Accessibilité continue 24/7 – Service téléphonique*. Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2007). *Services info-santé et info-social : cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*: Direction générale des services sociaux, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, santé et services sociaux. Québec.
- Moore, R. (2001). A framework for telephone nursing. *Nursing Times*, 97, 36-37.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif*. Tableau des membres 2008-2009. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ressource électronique*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Orlando, I. J. (1979). *La relation dynamique infirmière-client*. Montréal: HRW.
- Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canam, C. & Jillings, C. (eds.) (2001). Primary Research Appraisal Tool. Dans *Meta-Study of Qualitative Health Research. A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis*. (pp. 135-139). USA: Sage Publications, Inc.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories : application to nursing research*. Timothy S. Bredow. Philadelphie, Penns.: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilki.
- Pettinari, C. J., & Jessopp, L. (2001). 'Your ears become your eyes': managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 668-675.
- Québec. (2007). *Services info-santé et info-social : cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*: Direction générale des services sociaux, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, santé et services sociaux.
- Ricard, N., Bonin, J.P., Beauchamp, J., Pontbrian, A., & Grégoire, D. (2005). *Évaluation d'un service téléphonique d'information et de référence en santé mentale: une innovation clinique conçue par des infirmières*. Rapport de recherche, Hôpital Louis-H Lafontaine/ Centre de recherche Fernand-Séguin.
- Sands, N. (2007). Mental health triage: towards a model for nursing practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14, 243-249.
- Sindhu, F., Carpenter, L. & Seers, K. (1997). Development of a tool to rate the quality assessment of randomized controlled trials using a Delphi technique. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1262-1268.

- Stacey, D., Noorani, H.Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J. & Pong, R.W. (2003). *Le télétriage: étude méthodique et enquête auprès des centres d'appels canadiens*. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; Rapport technologique no. 43.
- Talbot, J. (1989). Le patient agressif en milieu psychiatrique: contretransfert et les problèmes de management. *Santé Mentale au Québec, 14*, 183-190.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M. & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*, 176-184.
- Treloar, A. J. C. & Lewis, A. J. (2008a). Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 42*, 578-584.
- 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 and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*, 981-988.
- Turner, V., P. Bentley, S. Hodgson, P. Collard, R. Drimalis, C. Rabune & A. Wilson. (2002). Telephone Triage in Western Australia. *Medical Journal of Australia, 176*, 100-103.
- Valanis, B. G., Gullion, C. M., Moscato, S. R., Tanner, C., Izumi, S., & Shapiro, S. E. (2007). Predicting patient follow-through on telephone nursing advice. *Clinical Nursing Research, 16*, 251-269.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive whirlwind': Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 703-709.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*: De Boeck Université.

Appendice A
Questionnaire de recherche



Université du Québec à Trois-Rivières

Questionnaire de recherche

Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard
d'usagers ayant des comportements dérangeants

Présenté par

Normand Vachon inf.

Étudiant à la maîtrise en sciences infirmières

Département des Sciences infirmières

Directives :

- Bien suivre les différentes directives qui vous seront fournies tout au long du questionnaire
- Il est important de répondre à chaque question
- Vous devez vous déconnecter de votre téléphone
- Vous avez 30 minutes pour remplir le questionnaire
- Confidentialité et anonymat assurés : *Ne pas signer votre questionnaire*
- Une fois le questionnaire complété, vous devez le sceller immédiatement dans l'enveloppe jointe et me le remettre

Merci pour votre précieuse collaboration à cette recherche

Première partie

Questions d'ordre sociodémographique :

Cochez votre réponse

1. Je suis :

Une femme

Un homme

2. Je suis dans la tranche d'âge :

21-30 ans

31-40 ans

41-50 ans

51 ans et plus

3. Le dernier diplôme que j'ai obtenu est de niveau:

Collégial (DEC, AEC)

Universitaire (certificat, microprogramme, programme court)

Universitaire (Baccalauréat)

Universitaire, deuxième cycle (DESS, microprogramme)

Universitaire (Maîtrise)

Universitaire (Doctorat)

Spécifier le domaine : _____ (infirmier, psychologie,
administration, etc.)

4. J'exerce la profession d'infirmière depuis :

- 2 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 ans et plus

5. Je travaille à la réponse téléphonique depuis :

- 1 à 3 ans
- 4 à 6 ans
- 7 à 9 ans
- 10 ans et plus

6. Je travaille sur le quart de :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nuit | <input type="checkbox"/> Jour-Soir | <input type="checkbox"/> Jour-Soir-Nuit |
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Jour-Nuit | |
| <input type="checkbox"/> Soir | <input type="checkbox"/> Soir-Nuit | |

Deuxième partie

Vous devez lire les trois prochaines vignettes cliniques. Après chaque lecture, vous devez répondre aux questions s'y rapportant selon ce qui vous vient spontanément à l'esprit. Vous devez vous imaginer que vous êtes en communication téléphonique avec les personnes présentées dans les vignettes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le but de ce questionnaire sera atteint si vous exprimez vos opinions aussi exactement que possible. Il est important de répondre à chaque question selon les consignes données.

Vignette clinique A

Lire attentivement

Alors que vous tentez d'évaluer les symptômes de rhume de madame A, elle vous dit qu'elle serait mieux d'en finir une fois pour toutes. Le ton de sa voix monte alors que vous tentez d'évaluer sa situation. Elle vous mentionne que, lors d'un appel antérieur, l'infirmière qui lui a répondu était beaucoup plus compétente que vous. À la fin de l'appel, elle soupire constamment et ne fait presque plus mention de ses symptômes physiques. Elle fait plutôt des allusions voilées à son désir d'en finir. Elle refuse catégoriquement l'aide de l'intervenant social.

Pour chacune des quatre questions suivantes, cochez l'item représentant le mieux votre point de vue :

- A.1 À la lecture de cette vignette, l'impression clinique qui vous vient spontanément à l'esprit, à l'égard du comportement de madame A est :
- Positive
 - Négative
- A.2 Vous percevez cette usagère :
- Comme une personne qui tente de vous manipuler
 - Comme une personne ayant réellement besoin de votre aide
- A.3 La perception que vous avez du comportement de madame A vous amène à penser que la gestion téléphonique d'une telle situation sera :
- Facile
 - Difficile
- A.4 Cette même perception vous amène également à penser que :
- Vous êtes en mesure de répondre à ses besoins
 - Vous serez incapable de lui venir en aide

A.5 Ce que vous percevez et pensez de cette situation fait en sorte que vous vous sentez (veuillez cocher le ou les choix traduisant le plus ce que vous seriez susceptible de ressentir) :

- Aidant (e)
- Anxieux (euse)
- Content (e)
- Détendu (e)
- Embarrassé (e)
- Empathique
- En colère
- En danger
- Fort (e)
- Frustré (e)
- Incompétent (e)
- Intéressé (e)
- Manipulé (e)
- Méfiant (e)
- Menacé (e)
- Objectif (ive)
- Réceptif (ive)
- Sympathique

A.6 En vous référant à la vignette clinique « A », cochez pour chacun des énoncés suivants, la fréquence à laquelle vous adopteriez chacun de ces comportements lors de votre évaluation téléphonique.

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Faire alliance avec l'usagère car il vaut mieux l'avoir de mon côté que contre moi. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prendre en considération ce que je ressens à l'égard de l'usagère afin de mieux comprendre ses besoins. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Imposer à l'usagère des limites appropriées et la responsabiliser. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tenir compte de ma façon de réagir à l'égard de l'usagère avant d'intervenir. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mettre fin à l'appel si l'usagère ne collabore pas. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Poser des questions pour rester en contrôle de la situation. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Suggérer à l'usagère des actions pour qu'elle se prenne en main. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Poursuivre mon évaluation sans me laisser influencer par ce que je ressens à l'égard du comportement de l'usagère. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Préférer ignorer les comportements inacceptables de l'usagère pour éviter qu'ils influencent mon évaluation. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mettre l'usagère en attente pendant quelques instants et prendre une bonne respiration. | <input type="checkbox"/> |

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Consulter, si possible, une autre personne afin d'avoir de l'aide. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Prendre un instant pour analyser ce que je pense et perçois du comportement de l'usagère. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Recadrer la discussion sur le but premier de l'appel. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rassurer l'usagère et lui donner mon opinion sur ce qu'elle vit. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation ne dégénère. | <input type="checkbox"/> |

Vignette clinique B

Lire attentivement

Monsieur B vous appelle parce que son bébé de six mois fait de la fièvre depuis sept jours. Il est seul et c'est son premier enfant. Monsieur ne sait plus quoi faire et se dit découragé. Il s'impatiente et se met à pleurer en vous demandant s'il y a quelque chose qu'il peut faire ou s'il devrait consulter un médecin.

Pour chacune des quatre questions suivantes, cochez l'item représentant le mieux votre point de vue :

B.1 À la lecture de cette vignette, l'impression clinique qui vous vient spontanément à l'esprit, à l'égard du comportement de monsieur B est :

Positive

Négative

B.2 Vous percevez cet usager :

Comme une personne qui tente de vous manipuler

Comme une personne ayant réellement besoin de votre aide

B.3 La perception que vous avez du comportement de monsieur B vous amène à penser que la gestion téléphonique d'une telle situation sera :

Facile

Difficile

B.4 Cette même perception vous amène également à penser que :

Vous êtes en mesure de répondre à ses besoins

Vous serez incapable de lui venir en aide

B.5 Ce que vous percevez et pensez de cette situation fait en sorte que vous vous sentez (veuillez cocher le ou les choix traduisant le plus ce que vous seriez susceptible de ressentir) :

- Aidant (e)
- Anxieux (euse)
- Content (e)
- Détendu (e)
- Embarrassé (e)
- Empathique
- En colère
- En danger
- Fort (e)
- Frustré (e)
- Incompétent (e)
- Intéressé (e)
- Manipulé (e)
- Méfiant (e)
- Menacé (e)
- Objectif (ive)
- Réceptif (ive)
- Sympathique

B.6 En vous référant à la vignette clinique « B », cochez pour chacun des énoncés suivants, la fréquence à laquelle vous adopteriez chacun de ces comportements lors de votre évaluation téléphonique.

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Faire alliance avec l'utilisateur, car il vaut mieux l'avoir de mon côté que contre moi. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prendre en considération ce que je ressens à l'égard de l'utilisateur afin de mieux comprendre ses besoins. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Imposer à l'utilisateur des limites appropriées et le responsabiliser. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tenir compte de ma façon de réagir à l'égard de l'utilisateur avant d'intervenir. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mettre fin à l'appel si l'utilisateur ne collabore pas. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Poser des questions pour rester en contrôle de la situation. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Suggérer à l'utilisateur des actions pour qu'il se prenne en main. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Poursuivre mon évaluation sans me laisser influencer par ce que je ressens à l'égard du comportement de l'utilisateur. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Préférer ignorer les comportements inacceptables de l'utilisateur pour éviter qu'ils influencent mon évaluation. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mettre l'utilisateur en attente pendant quelques instants et prendre une bonne respiration. | <input type="checkbox"/> |

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Consulter, si possible, une autre personne afin d'avoir de l'aide. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Prendre un instant pour analyser ce que je pense et perçois du comportement de l'utilisateur. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Recadrer la discussion sur le but premier de l'appel. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rassurer l'utilisateur et lui donner mon opinion sur ce qu'il vit. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation dégénère. | <input type="checkbox"/> |

Vignette clinique C

Lire attentivement

Monsieur C vous appelle parce qu'il est à la recherche d'un médecin de famille. Alors que vous tentez de vérifier quelles ont été les démarches antérieures qu'il a faites pour résoudre son problème, il se met à crier au bout du fil. Il vous accuse de ne rien comprendre à ce qu'il vit et il menace de trouver votre adresse et de « s'occuper de votre cas ».

Pour chacune des quatre questions suivantes, cochez l'item représentant le mieux votre point de vue :

C.1 À la lecture de cette vignette, l'impression clinique qui vous vient spontanément à l'esprit, à l'égard du comportement de monsieur C est :

Positive

Négative

C.2 Vous percevez cet usager :

Comme une personne qui tente de vous manipuler

Comme une personne ayant réellement besoin de votre aide

C.3 La perception que vous avez du comportement de monsieur C vous amène à penser que la gestion téléphonique d'une telle situation sera :

Facile

Difficile

C.4 Cette même perception vous amène également à penser que :

Vous êtes en mesure de répondre à ses besoins

Vous serez incapable de lui venir en aide

C.5 Ce que vous percevez et pensez de cette situation fait en sorte que vous vous sentez : (veuillez cocher le ou les choix traduisant le plus ce que vous seriez susceptible de ressentir)

- Aidant (e)
- Anxieux (euse)
- Content (e)
- Détendu (e)
- Embarrassé (e)
- Empathique
- En colère
- En danger
- Fort (e)
- Frustré (e)
- Incompétent (e)
- Intéressé (e)
- Manipulé (e)
- Méfiant (e)
- Menacé (e)
- Objectif (ive)
- Réceptif (ive)
- Sympathique

C.6 En vous référant à la vignette clinique « C », cochez pour chacun des énoncés suivants, la fréquence à laquelle vous adopteriez chacun de ces comportements lors de votre évaluation téléphonique.

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Faire alliance avec l'utilisateur, car il vaut mieux l'avoir de mon côté que contre moi. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prendre en considération ce que je ressens à l'égard de l'utilisateur afin de mieux comprendre ses besoins. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Imposer à l'utilisateur des limites appropriées et le responsabiliser. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tenir compte de ma façon de réagir à l'égard de l'utilisateur avant d'intervenir. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mettre fin à l'appel si l'utilisateur ne collabore pas. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Poser des questions pour rester en contrôle de la situation. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Suggérer à l'utilisateur des actions pour qu'il se prenne en main. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Poursuivre mon évaluation sans me laisser influencer par ce que je ressens à l'égard du comportement de l'utilisateur. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Préférer ignorer les comportements inacceptables de l'utilisateur pour éviter qu'ils influencent mon évaluation. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mettre l'utilisateur en attente pendant quelques instants et prendre une bonne respiration. | <input type="checkbox"/> |

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Consulter, si possible, une autre personne afin d'avoir de l'aide. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Prendre un instant pour analyser ce que je pense et perçois du comportement de l'utilisateur. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Recadrer la discussion sur le but premier de l'appel. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rassurer l'utilisateur et lui donner mon opinion sur ce qu'il vit. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Essayer de terminer l'appel le plus rapidement possible avant que la situation dégénère. | <input type="checkbox"/> |

Troisième partie

1. En vous référant aux vignettes cliniques A et C (les relire au besoin), indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants en encerclant le nombre correspondant le mieux à votre opinion, où 1 correspond à « tout à fait en désaccord » et 4 à « tout à fait d'accord ».

| | | Tout à fait en désaccord | En désaccord | En accord | Tout à fait en accord |
|---|---|--------------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------|
| 1 | Mes connaissances actuelles me permettent d'être à l'aise pour intervenir auprès d'utilisateurs ayant des comportements comme ceux illustrés dans les vignettes cliniques A et C. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | J'aimerais participer à une formation spécifique me permettant de développer des habiletés pour être en mesure d'intervenir de façon efficace auprès d'utilisateurs ayant ce type de comportements. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Le soutien clinique m'aide à organiser mes interventions lorsque je suis en présence d'utilisateurs ayant des comportements comme ceux décrits dans les vignettes cliniques précédentes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Je connais bien les symptômes présentés par un utilisateur ayant un trouble de personnalité limite. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Des lignes directrices ainsi qu'une approche d'équipe unifiée et constante sont nécessaires pour intervenir auprès d'utilisateurs ayant ce type de comportements. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Je connais un modèle théorique sur lequel je peux appuyer mes interventions à l'égard des utilisateurs ayant des comportements caractéristiques d'un TPL. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | L'établissement d'un climat de confiance est primordial avec les usagers présentant ce type de comportements. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|

2. J'ai déjà participé à une ou des formations sur le trouble de personnalité limite :

Oui

Non

3. J'ai des expériences de travail dans le domaine de la santé mentale ou de la psychiatrie :

Oui

Non

4. Dans votre pratique de tous les jours, veuillez décrire en quelques mots ce qui vous serait le plus aidant lorsque vous devez intervenir auprès d'usagers ayant des comportements comme ceux décrits aux vignettes cliniques A et C?

Merci de votre collaboration!

Appendice B
Guide de validation



Validation du questionnaire de recherche sur les réactions et les comportements
d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants

L'étude que je vais bientôt réaliser dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières aura pour but de décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des utilisateurs ayant des comportements dérangeants. Bien que l'ensemble des besoins au niveau psychosocial relève du mandat du volet Info-Social dans la région de la Mauricie, les infirmières devront toujours faire la gestion des appels des utilisateurs ayant des problèmes de santé physiques concomitants avec des troubles psychosociaux et mentaux.

Plusieurs infirmières se sentent démunies et impuissantes lorsqu'elles font face à des demandes excédant le mandat de l'organisation où elles travaillent, à des réactions imprévisibles, à des insultes, à des allusions pernicieuses sur leurs compétences; bref, à des réactions et des comportements pouvant s'apparenter à un trouble de personnalité limite.

Étant donné l'absence d'écrits empiriques sur ce qui est vécu par les infirmières œuvrant dans un contexte de télépratique, auprès d'utilisateurs ayant ce type de symptomatologie, il devient donc impératif de décrire les réactions et les comportements

des infirmières impliquées dans une relation professionnelle de cette nature. Les données permettront de mieux cibler les besoins de formation en fonction de ces différents éléments.

Je sollicite donc votre aide dans le but de critiquer et valider le contenu du questionnaire que j'ai élaboré afin de réaliser cette étude. Pour ce faire, il vous est demandé de répondre au questionnaire dans un premier temps et de remplir, dans un deuxième temps, le questionnaire de validation proposé dans le guide ci-joint. Vous pourrez, par la suite, me retourner le questionnaire et le guide dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.

Je demeure disponible si vous avez des questions en lien avec l'étude ou avec les différents éléments du questionnaire.

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

Normand Vachon, inf. B. Sc.

Normand.Vachon@uqtr.ca

Guide de validation du questionnaire

Première partie:

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 1 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 2 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 3 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 4 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 5 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 6 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 7 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

Deuxième partie :

| Vignette | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| A | Est-ce que la vignette est claire? | |
| | Est-elle réaliste? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Vignette | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| B | Est-ce que la vignette est claire? | |
| | Est-elle réaliste? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Vignette | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| C | Est-ce que la vignette est claire? | |
| | Est-elle réaliste? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------------|---|---------------------------|
| A1, B1 et C1 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------------|---|---------------------------|
| A2, B2 et C2 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------------|--|---------------------------|
| A3, B3 et C3 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------------|--|---------------------------|
| A4, B4 et C4 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------------|--|---------------------------|
| A5, B5 et C5 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|---------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 1 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 2 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 3 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 4 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 5 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 6 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 7 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 8 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 9 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 10 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 11 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 12 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 13 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 14 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|--------------------------------|---|---------------------------|
| A6, B6 et C6 item 15 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

Troisième partie

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| 1, item 1 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| 1, item 2 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| I, item 3 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| I, item 4 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| 1, item 5 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| 1, item 6 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|-----------|---|---------------------------|
| 1, item 7 | Est-ce que l'énoncé est clair? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'il met l'accent sur un élément important? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

| Question | Validation: | Réponses de l'expert (e): |
|----------|--|---------------------------|
| 2 | Est-ce que la question est claire? | |
| | Est-ce possible d'y répondre facilement? | |
| | Est-ce qu'elle met l'accent sur des éléments importants? | |
| | Qu'est-ce qui a été laissé de côté? | |

Pour terminer, est-ce que ce questionnaire permet de bien saisir les différents aspects des comportements d'infirmières lorsqu'elles interviennent auprès d'usagers ayant des comportements caractéristiques d'un TPL?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Merci de votre participation.

Bien vouloir me retourner ce guide ainsi que le questionnaire dans l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe.

Appendice C
Formulaire d'informations



Université du Québec à Trois-Rivières

Formulaire d'informations

Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard
d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants

Projet de recherche dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Étudiant : Normand Vachon, Inf., B. Sc.
Candidat à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Directeur : Claude Leclerc, Ph. D.
Professeur titulaire
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Co-directeur : Louis Laurencelle, Ph. D.
Professeur associé
Département des sciences de l'activité physique
Université du Québec à Trois-Rivières

Objectif de l'étude

L'étude vise à décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé
à l'égard des utilisateurs ayant des comportements dérangeants.

Déroulement de l'étude

L'étude consiste à recueillir des informations concernant vos réactions ainsi que vos comportements à l'égard des usagers ayant des comportements dérangeants dans le cadre de votre travail à Info-Santé. Votre participation consiste à répondre à un questionnaire autoadministré d'une durée de 30 minutes sur votre temps de travail.

Avantages et inconvénients reliés à votre participation

Votre participation à cette étude ne comporte aucun désavantage autre que le temps que vous accorderez pour remplir le questionnaire. Votre employeur accepte qu'une étude soit réalisée auprès de son personnel sur les lieux et sur le temps de travail; toutefois, l'employeur n'a et n'aura aucunement accès aux réponses fournies dans le questionnaire. Cette étude est menée de manière tout à fait indépendante à votre établissement.

Bien que vous ne receviez pas de compensation directe pour votre participation, les renseignements que vous fournirez contribueront à mieux connaître et comprendre vos réactions et vos comportements lorsque vous devez intervenir auprès d'usagers difficiles dont ceux ayant des comportements dérangeants. Les résultats de cette étude pourront également être diffusés dans l'ensemble des 15 centrales Info-Santé et Info-Social du Québec et servir de base à l'élaboration de stratégies de formation et d'outils dans le but

de venir en aide aux infirmières d'Info-Santé dans la gestion téléphonique de comportements difficiles.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude sont anonymisés et demeureront confidentiels; votre questionnaire sera identifié par un numéro de code afin de préserver votre anonymat. Les données provenant des questionnaires seront transférées, dans un premier temps, sur une matrice Excel par un agent de recherche indépendant pour assurer un niveau de confidentialité supérieur : c'est cette personne qui attribuera un numéro de code pour identifier chaque questionnaire. Une fois le transfert des données effectué, cet agent donnera aux membres de l'équipe de recherche, dans une enveloppe scellée, les résultats de la dernière question ouverte incluant le numéro de code correspondant. Par la suite, les questionnaires seront accessibles seulement aux membres de l'équipe de recherche et seront conservés pendant un an, sous clé, dans un classeur situé au laboratoire de recherche sur le « caring » du professeur Claude Leclerc et seront par la suite détruits.

Aucune publication résultant de cette étude ne renfermera quelque information que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Indemnisation

Aucune indemnisation ne vous est versée pour votre participation à cette étude.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans préjudice. Il sera toutefois impossible de retirer votre questionnaire de l'étude après sa transmission, étant donné l'impossibilité d'en retrouver l'origine.

Questions au sujet de l'étude

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez contacter Normand Vachon, au 819 840-3314, son directeur, M. Claude Leclerc, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819 376-5011 poste 3460 ou son codirecteur, Louis Laurencelle, professeur associé à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819 376-5011, poste 3780.

Numéro du certificat : CER-10-155-06.04

Certificat émis le 22 mars 2010

Appendice D
Texte publicitaire



Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants

Le but de cette étude est de décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants. Elle cherche à rejoindre une quarantaine d'infirmières qui travaillent à la réponse téléphonique, afin d'obtenir des données qui pourront contribuer à mieux connaître et comprendre leurs réactions et leurs comportements lorsqu'elles doivent intervenir auprès de tels usagers. Les résultats de cette étude pourront être diffusés dans l'ensemble des 15 centrales Info-Santé et Info-Social du Québec et servir de base à l'élaboration de stratégies de formation et d'outils dans le but de venir en aide aux infirmières d'Info-Santé dans la gestion téléphonique de comportements difficiles.

Critères pour participer à cette étude :

- ✓ Être infirmier (ère) depuis plus d'un an à la réponse téléphonique
- ✓ Travailler sur une base régulière (≥ 2 jours/semaine)
- ✓ Accepter de remplir un questionnaire de recherche d'une durée de 30 minutes, sur votre temps de travail. Ce questionnaire est confidentiel et anonyme.
- ✓ Être présent (e) au travail les journées où les questionnaires de recherche seront distribués.

Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec le responsable de cette recherche :

Normand Vachon, inf., B.Sc.

Étudiant à la maîtrise en sciences infirmières

Tél : 819 840-3314

Courriel : Normand.Vachon@uqtr.ca

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que par la direction générale du CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska.

Numéro du certificat : CER-10-155-06.04

Certificat émis le 22 mars 2010

Appendice E

Formulaire de consentement



Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants

Projet de recherche dans le cadre de la Maîtrise en Sciences Infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Formulaire de consentement

La nature et le déroulement de cette étude, les avantages et les inconvénients que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations que je fournirai dans cette étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et de recevoir des réponses satisfaisantes.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je reconnais avoir reçu un exemplaire de ce formulaire de consentement sur mon acceptation.

Nom, Prénom Signature du participant Date

Nom, Prénom Signature du chercheur Date

Appendice F

Lettre d'entente de collaboration chef de service



Université du Québec à Trois-Rivières

Lettre d'entente de collaboration

Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'utilisateurs ayant des comportements dérangeants

**Projet de recherche dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières.
Université du Québec à Trois-Rivières.**

Étudiant : Normand Vachon, Inf., B. Sc.
Candidat à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Directeur : Claude Leclerc, Ph. D,
Professeur titulaire
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Co-directeur : Louis Laurencelle, Ph. D,
Professeur associé
Département des sciences de l'activité physique
Université du Québec à Trois-Rivières

Objectif de l'étude

L'étude vise à décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des utilisateurs ayant des comportements dérangeants.

Déroulement de l'étude

L'étude consiste à recueillir des informations concernant les réactions ainsi que les comportements des infirmières d'Info-Santé à l'égard des utilisateurs ayant des comportements dérangeants. Leur participation consiste à répondre à un questionnaire auto-administré d'une durée de 30 minutes sur leur temps de travail.

Avantages et inconvénients reliés à votre participation

La participation à cette étude ne comporte aucun désavantage autre que le temps que les participants accorderont pour compléter le questionnaire. Cependant, vous n'avez et n'aurez aucunement accès aux réponses fournies dans le questionnaire. Cette étude est menée de manière tout à fait indépendante à votre établissement.

Bien que les participants ne reçoivent aucune compensation directe pour leur participation, les renseignements qu'ils fourniront contribueront à mieux connaître et comprendre leurs réactions et leurs comportements lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'usagers difficiles dont ceux ayant des comportements dérangeants. Les résultats de cette étude pourront également être diffusés dans l'ensemble des 15 centrales Info-Santé et Info-Social du Québec et servir de base à l'élaboration de stratégies de formation et d'outils dans le but de venir en aide aux infirmières d'Info-Santé dans la gestion téléphonique de comportements difficiles.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude sont anonymisés et demeureront confidentiels; le questionnaire sera identifié par un numéro de code afin de préserver l'anonymat. Les données provenant des questionnaires seront transférées, dans un premier temps, sur une matrice Excel par un agent de recherche indépendant pour assurer un niveau de confidentialité supérieur : c'est cette personne qui attribuera un numéro de code pour identifier chaque questionnaire. Une fois le transfert des données effectué, cet agent donnera aux membres de l'équipe de recherche, dans une enveloppe scellée, les résultats de la dernière question ouverte incluant le numéro de code correspondant. Par la suite, les questionnaires seront accessibles seulement aux membres de l'équipe de recherche.

Aucune publication résultant de cette étude ne renfermera quelque information que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participants.

Coûts

Votre collaboration à l'étude n'exige aucun coût financier, à l'exception du temps de travail consacré par les participants pour remplir les questionnaires, et aucune compensation salariale ne vous sera versée.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans préjudice.

Questions au sujet de l'étude

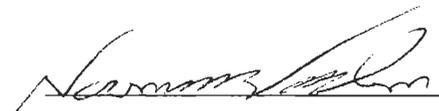
Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez contacter Normand Vachon, au 819-840-3314, son directeur, M. Claude Leclerc, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819-376-5011 postes 3460 ou son co-directeur, Louis Laurencelle, professeur associé à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819-376-5011, poste 3780.

Signature

- ✓ J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.
- ✓ J'ai lu et je comprends le contenu de cette lettre.
- ✓ J'accepte que les participants complètent le questionnaire de recherche sur leur temps de travail en autant que monsieur Normand Vachon supervise l'ensemble des opérations en lien avec cette étude.
- ✓ Je, soussigné(e), accepte que le service régional Info-Santé Info-Social de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec participe au présent projet de recherche, une fois que les certificats d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières et du CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska seront obtenus.


Signature du chef de service du SRISIS

ANNIE SAINT-CYR 2010/02/23 14¹⁵
Nom en lettres moulées Date Heure


Signature de l'étudiant

NORMAND VACHON 2010/02/23 14¹⁵
Nom en lettres moulées Date Heure

Appendice G
Certificat d'éthique de l'UQTR



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7
Téléphone : (819) 376-5011

Le 22 mars 2010

Monsieur Normand Vachon
Étudiant à la maîtrise
Département des sciences infirmières

Monsieur,

Votre protocole de recherche intitulé **Étude descriptive sur les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers ayant des comportements dérangeants** a été soumis au comité d'éthique de la recherche pour approbation lors de la 155^e réunion tenue le 19 mars 2010.

Comme suite à l'évaluation de votre protocole, le comité a émis un avis d'approbation définitive.

Une photocopie de votre certificat d'éthique portant le numéro CER-10-155-06.04 et dont la période de validité est établie du 22 mars 2010 au 22 mars 2011 vous est transmise avec cette lettre. Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Veillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

MARTINE Y. TREMBLAY

Agente de recherche/secteur recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

MYT/lbl

c.c. M. Claude Leclerc, professeur au Département des sciences infirmières

Appendice H

Lettre d'entente de collaboration direction générale



Université du Québec à Trois-Rivières

Lettre d'entente de collaboration

Étude descriptive des réactions et des comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard d'usagers ayant des comportements dérangeants

**Projet de recherche dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières.
Université du Québec à Trois-Rivières.**

Étudiant : Normand Vachon, Inf., B. Sc.
Candidat à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Directeur : Claude Leclerc, Ph. D,
Professeur titulaire
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Co-directeur : Louis Laurencelle, Ph. D,
Professeur associé
Département des sciences de l'activité physique
Université du Québec à Trois-Rivières

Objectif de l'étude

L'étude vise à décrire les réactions et les comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers ayant des comportements dérangeants.

Déroulement de l'étude

L'étude consiste à recueillir des informations concernant les réactions ainsi que les comportements des infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers ayant des comportements dérangeants. Leur participation consiste à répondre à un questionnaire auto-administré d'une durée de 30 minutes sur leur temps de travail.

Avantages et inconvénients reliés à votre participation

La participation à cette étude ne comporte aucun désavantage autre que le temps que les participants accorderont pour compléter le questionnaire. Cependant, vous n'avez et n'aurez aucunement accès aux réponses fournies dans le questionnaire. Cette étude est menée de manière tout à fait indépendante à votre établissement.

Bien que les participants ne reçoivent aucune compensation directe pour leur participation, les renseignements qu'ils fourniront contribueront à mieux connaître et comprendre leurs réactions et leurs comportements lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'utilisateurs difficiles dont ceux ayant des comportements dérangeants. Les résultats de cette étude pourront également être diffusés dans l'ensemble des 15 centrales Info-Santé et Info-Social du Québec et servir de base à l'élaboration de stratégies de formation et d'outils dans le but de venir en aide aux infirmières d'Info-Santé dans la gestion téléphonique de comportements difficiles.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude sont anonymisés et demeureront confidentiels; le questionnaire sera identifié par un numéro de code afin de préserver l'anonymat. Les données provenant des questionnaires seront transférées, dans un premier temps, sur une matrice Excel par un agent de recherche indépendant pour assurer un niveau de confidentialité supérieur : c'est cette personne qui attribuera un numéro de code pour identifier chaque questionnaire. Une fois le transfert des données effectué, cet agent donnera aux membres de l'équipe de recherche, dans une enveloppe scellée, les résultats de la dernière question ouverte incluant le numéro de code correspondant. Par la suite, les questionnaires seront accessibles seulement aux membres de l'équipe de recherche.

Aucune publication résultant de cette étude ne renfermera quelque information que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participants.

Coûts

Votre collaboration à l'étude n'exige aucun coût financier, à l'exception du temps de travail consacré par les participants pour remplir les questionnaires, et aucune compensation salariale ne vous sera versée.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans préjudice.

Questions au sujet de l'étude

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez contacter Normand Vachon, au 819-840-3314, son directeur, M. Claude Leclerc, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819-376-5011 postes 3460 ou son co-directeur, Louis Laurencelle, professeur associé à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au 819-376-5011, poste 3780.

Signature

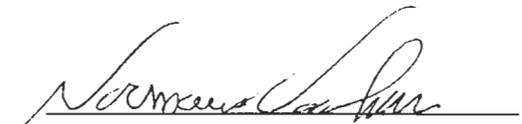
- ✓ J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.
- ✓ J'ai lu et je comprends le contenu de cette lettre.
- ✓ J'accepte que les participants complètent le questionnaire de recherche sur leur temps de travail en autant que monsieur Normand Vachon supervise l'ensemble des opérations en lien avec cette étude.
- ✓ Je, soussigné(e), accepte que le CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska ainsi que le service régional Info-Santé Info-Social de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec participe au présent projet de recherche, une fois que le certificat d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières sera obtenu.



Signature de la Directrice Générale

DAVIELLE GAGELIN 2010/04/19 15h30

Nom en lettres moulées Date Heure



Signature de l'étudiant

NORMAND VACHON 2010/03/25 11h00

Nom en lettres moulées Date Heure

Appendice I
Données brutes

Données brutes 1

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| 4 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 6 | 1 | 4 | 1 | 0 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 7 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 1 | 4 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 9 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 12 | 1 | 4 | 4 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 13 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 14 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| 15 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 16 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| 17 | 1 | 3 | 3 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 18 | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 19 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 20 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 21 | 1 | 4 | 1 | 0 | 5 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 22 | 1 | 4 | 3 | 1 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 23 | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 24 | 1 | 3 | 1 | 0 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 25 | 1 | 2 | 2 | 0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 26 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 27 | 1 | 4 | 2 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 28 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 29 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 30 | 1 | 4 | 2 | 0 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 |
| 31 | 1 | 4 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 32 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 33 | 1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 34 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 35 | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 36 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| 37 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 38 | 2 | 4 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 39 | 1 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 40 | 1 | 3 | 3 | 1 | 5 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 41 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 42 | 1 | 4 | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 43 | 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| 44 | 1 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| 45 | 1 | 3 | 3 | 0 | 5 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 46 | 1 | 4 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 47 | 1 | 4 | 3 | 0 | 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 48 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| 49 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 |

Données brutes 2

2 1 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0 0 0 0 4 2 5 3 1 4 4 3 1 2 2 3 3 3 2
 2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 0 3 3 3 2 4 4 3 2 2 1 2 1 3 3 4
 2 2 1 1 0 1 1 0 5 2 1 4 1 4 3 4 4 1 2 2 3 3 2
 2 1 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 1 0 0 0 0 5 3 4 3 3 5 4 4 4 3 3 3 4 3 3
 2 2 2 2 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 2 3 2 1 5 4 3 2 1 4 4 4 4 3
 2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 3 2 4 4 4 4 4 4 3 3 3 4 5 3 3
 2 1 2 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 1 1 1 0 0 1 0 0 3 2 4 3 2 4 4 4 3 3 2 3 4 3 2
 2 2 2 2 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 4 3 3 1 4 2 3 3 1 3 3 3 3 2
 2 1 2 2 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 4 3 4 3 3 4 4 3 3 1 2 2 3 2 2
 2 2 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 3 4 3 1 3 2 2 2 3 4 2 2 2 3
 2 2 2 1 1 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 1 4 5 4 4 5 5 5 3 1 3 4 5 4 1
 2 2 2 2 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 3 3 4 4 3 3 2 3 3 3 4 3 3 3
 2 2 2 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 4 2 4 5 1 4 4 5 1 4 4 3 3 4 1 1
 2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 3 3 3 3 1 4 3 3 3 3 2 3 2 2
 1 2 2 1 0 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 5 3 4 3 2 5 4 4 4 1 3 3 5 5 2
 2 2 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 4 4 5 4 4 4 5 4 4 4 4 4 5 4 4
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 4 4 4 4 3 5 3 4 4 3 3 3 4 3 3
 2 2 2 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 1 5 5 5 4 3 5 5 5 4 2 3 3 5 4 2
 2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 5 3 4 5 4 5 3 5 1 4 1 4 5 4 2
 2 2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 4 4 4 4 2 4 5 4 3 5 3 5 3 4 2
 2 2 2 2 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 3 2 4 2 1 4 5 4 4 2 5 4 5 4 4
 1 2 2 1 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 5 5 5 4 1 5 5 2 3 3 5 5 2 4 1
 2 1 2 2 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 4 4 2 3 1 4 2 4 2 3 4 2 2 4 2
 2 1 2 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 5 3 3 3 3 5 4 5 4 3 2 3 3 2 2
 2 2 2 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 0 0 1 3 4 4 3 3 4 2 2 5 3 4 4 2 4
 2 2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 0 3 4 4 2 5 4 4 3 2 3 4 2 4 3 4
 2 2 2 2 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 4 3 4 3 3 4 4 2 1 3 1 1 3 3 3
 2 2 2 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 3 4 3 3 4 3 3 4 3 3 4 4 2 1
 2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 4 4 3 4 3 4 4 5 4 5 5 4 3 3
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 4 3 3 2 1 4 5 3 4 3 5 4 5 3 3
 2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 3 2 5 2 2 4 5 4 4 4 4 2 5 4 3
 2 2 2 1 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 5 3 3 3 2 4 4 2 2 3 3 3 4 4 2
 2 2 2 1 1 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 1 2 4 1 4 1 2 2 2 1 3 3 5 3 1
 2 2 2 2 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 2 3 2 3 2 2 4 4 4 1 3 4 5 1 5
 2 2 2 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 3 4 4 4 2 5 3 4 3 2 4 4 5 3 2
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 5 4 3 4 1 3 3 4 1 2 3 3 4 1 2
 2 2 2 1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 3 2 3 3 2 4 4 4 4 3 3 3 3 4 2
 2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 4 3 4 4 2 4 4 4 3 2 4 2 3 4 2
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 3 4 4 4 3 4 4 3 3 3 3 4 4 2 2
 2 2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 0 0 0 4 4 4 4 3 4 3 3 3 3 3 5 5 4
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 4 2 4 4 2 4 4 4 4 3 4 3 4 3 3
 2 2 2 1 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 4 3 5 2 2 4 4 3 2 2 3 3 4 5 2
 2 2 2 1 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 5 5 3 5 2 5 5 4 4 3 3 4 5 4 2
 2 2 2 2 0 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 5 4 3 4 1 5 3 2 1 3 5 3 3 1 2
 2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 1 0 0 0 0 3 2 4 3 3 4 3 3 3 3 3 3 4 3 4
 2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 3 4 4 3 2 4 3 3 2 3 4 3 4 3 4
 2 2 2 2 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 5 4 5 4 4 4 2 1 4 4 4 4 4 2
 2 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 4 4 4 3 3 3 4 3 4 2 2 3 3 3 4

Données brutes 4

```

2 2 2 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 4 2 5 3 4 4 5 2 1 2 2 2 5 3 2
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 3 2 3 2 4 4 3 2 2 1 2 1 3 2 4
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 4 4 4 3 2 4 3 1 1 2 5 4 3
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 4 3 4 3 4 4 5 4 4 3 3 3 4 2 4
2 1 1 2 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 5 1 5 5 5 3 1 1 1 1 5 1 5
2 2 2 1 1 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 3 3 4 3 3
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 0 0 0 0 2 2 4 4 2 4 4 3 3 2 3 3 4 3 2
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 2 3 3 3 2 3 4 2 2 2 1 3 3 4 3
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 2 2 4 2 5 4 4 2 3 2 2 2 4 1 4
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 1 2 4 3 1 2 2 4 5 1 3 2 4
2 1 2 1 0 1 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 4 5 4 4 4 5 4 3 2 3 3 5 5 1
2 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 0 2 3 3 3 3 4 3 3 2 3 3 3 3 3 2
2 1 2 2 0 1 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 3 1 4 4 2 4 4 4 4 4 1 4 4 1 2
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 3 4 4 3 3 3 2 2 3 3 3 4 2 3
2 2 2 2 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 5 4 5 4 3 4 5 3 3 1 3 3 5 4 2
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 5 4 5 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 4
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 3 3 3 4 4 3 2 3 3 4 3 3 4 2 4
1 2 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 5 5 3 3 1 5 5 5 5 2 1 2 5 5 1
2 1 2 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 2 1 5 4 5 5 5 2 1 5 1 3 5 1 5
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 4 4 5 2 2 4 2 2 5 3 4 4 2 3
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 1 1 3 2 1 4 4 4 3 3 5 4 5 4 2
2 2 2 2 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 1 1 0 0 0 2 5 5 5 5 2 5 2 2 5 5 5 5 2 3
2 1 2 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 3 4 4 3 3 3 4 4 3 4 3 3
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 1 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 5 2 5 4 5 5 5 4 4 5 1 4 5 3 5
2 1 2 2 0 1 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 1 2 5 2 5 3 4 2 1 5 2 2 4 1 5
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 1 1 5 2 5 4 2 2 1 3 3 2 4 2 5
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 3 3 4 4 3 3 3 3 3 2 3 4 3 3
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 1 3 3 4 2 3 3 2 2 3 3 3 3 2 1
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 1 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 0 4 4 4 4 5 4 4 3 3 5 5 4 4 3 4
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 4 3 5 3 5 4 4 2 3 3 4 3 4 4 5
2 2 2 2 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 5 2 5 2 2 5 5 4 3 2 1 1 5 4 1
2 2 1 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 4 3 4 3 2 4 4 3 3 3 3 3 4 4 2
2 2 2 1 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 2 4 1 4 1 2 3 2 2 3 4 4 5 3 1
2 2 2 1 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 4 2 2 3 1 2 4 3 3 2 2 3 4 2 5
2 1 2 2 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 2 3 5 4 5 4 4 3 2 4 4 4 4 3 4
2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 4 3 4 3 1 3 3 1 1 2 3 3 3 1 1
2 1 2 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 0 2 2 3 4 1 4 4 4 3 2 2 3 4 4 2
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 1 0 0 0 4 4 4 3 4 4 4 3 3 2 4 3 4 4 4
2 1 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 3 3 3 3 4 4 4 2 2 4 4 3 4 3 3
2 1 2 2 0 1 0 0 0 0 1 1 0 1 1 0 0 0 1 0 0 0 1 1 5 4 5 5 5 1 1 5 5 3 3 3 5
2 1 2 1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 3 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 4 3 4
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 4 4 3 4 3 4 3 3 3 3 2 4 3 3
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 3 3 3 5 2 3 3 3 5 4 4 3 3 3
2 2 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 2 3 5 4 5 4 4 3 4 3 3 5 1 1
2 1 2 2 0 1 0 0 1 0 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 3 3 4 3 2 3 1 2 2 2 5 3 3 3 4
2 2 1 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 3 2 4 3 4 4 3 2 3 2 2 2 4 2 4
2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 4 3 2 3 4 3 3 2 2 1 2 2 3 2 4
2 2 2 2 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 2 2 5 5 5 3 2 2 1 5 1 4 5 5 3
2 1 2 2 0 0 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 4 2 4 2 3 3 4 3 2 3 4 3 2 4

```

Légende des données brutes

Données brutes 1

| Ligne | Colonne | Commentaires |
|--------|---------|--|
| 1 à 49 | 1 | Les participantes de 1 à 49 |
| | 2 | Sexe : 1 = femme; 2 = homme |
| | 3 | Âge : 1 = 21-30 ans; 2 = 31-40 ans; 3 = 41-50; 4 = 51 ans et plus |
| | 4 | Dernier diplôme : 1 = collégial; 2 = universitaire < Bac.; 3 = universitaire Bacc.; 4 = universitaire 2e cycle; 4 = universitaire Maîtrise; 5 = universitaire Doctorat |
| | 5 | Domaine étude : 0 = non spécifié; 1 = infirmier; 2= psychologie; 3 = administration; 4 = santé-sécurité travail; 5 = santé communautaire |
| | 6 | Dans la profession depuis : 1 = 2 à 5 ans; 2 = 6 à 10 ans; 3 = 11 à 15 ans; 4 = 16 à 20 ans; 5 = 21 ans et plus |
| | 7 | Travail au téléphone depuis : 1 = 1 à 3 ans; 2 = 4 à 6 ans; 3 = 7 à 9 ans; 4 = 10 ans et plus |
| | 8 | Travail sur le quart : 1 = nuit; 2 = jour; 3 = soir; 4 = jour-soir; 5 = jour-nuit; 6 = soir-nuit; 7 = jour-soir-nuit |
| 9 à 15 | | Échelle de type Likert à 4 niveaux : 1 = tout à fait en désaccord; 2 = en désaccord; 3 = en accord; 4 = tout à fait en accord |
| | 16 | Participation formation sur le TPL : 1 = oui; 2 = non |
| | 17 | Expérience en santé mentale : 1 = oui; 2 = non |

N.B : Un carré vide indique que le participant n'a pas répondu à cette question.

Données brutes 2, vignette A

| Ligne | Colonne | Commentaires |
|--------|---------|---|
| 1 à 49 | | Les participantes de 1 à 49 |
| | 1 | Perception : 1 = positive; 2 = négative |
| | 2 | Perception : 1 = manipulateur; 2 = besoin réel d'aide |
| | 3 | Pensée : 1 = facile; 2 = difficile |
| | 4 | Pensée : 1 = capable de répondre au besoin; 2 = incapable de venir en aide |
| | 5 à 22 | Émotions : 1 = option non cochée; 2 = option cochée |
| | 23 à 37 | Échelle comportements d'infirmière : 1 = jamais; 2 = rarement; 3 = parfois; 4 = souvent; 5 = très souvent |

Données brutes 3, vignette B

| Ligne | Colonne | Commentaires |
|--------|---------|---|
| 1 à 49 | | Les participantes de 1 à 49 |
| | 1 | Perception : 1 = positive; 2 = négative |
| | 2 | Perception : 1 = manipulateur; 2 = besoin réel d'aide |
| | 3 | Pensée : 1 = facile; 2 = difficile |
| | 4 | Pensée : 1 = capable de répondre au besoin; 2 = incapable de venir en aide |
| | 5 à 22 | Émotions : 1 = option non cochée; 2 = option cochée |
| | 23 à 37 | Échelle comportements d'infirmière : 1 = jamais; 2 = rarement; 3 = parfois; 4 = souvent; 5 = très souvent |

Données brutes 4, vignette C

| Ligne | Colonne | Commentaires |
|--------|---------|---|
| 1 à 49 | | Les participantes de 1 à 49 |
| | 1 | Perception : 1 = positive; 2 = négative |
| | 2 | Perception : 1 = manipulateur; 2 = besoin réel d'aide |
| | 3 | Pensée : 1 = facile; 2 = difficile |
| | 4 | Pensée : 1 = capable de répondre au besoin; 2 = incapable de venir en aide |
| | 5 à 22 | Émotions : 1 = option non cochée; 2 = option cochée |
| | 23 à 37 | Échelle comportements d'infirmière : 1 = jamais; 2 = rarement; 3 = parfois; 4 = souvent; 5 = très souvent |