

MOSAÏQUE

Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite

Dominique Imbeau^a

Sébastien Bouchard^b

Miguel M. Terradas^c

Valérie Simard^d

RÉSUMÉ Plusieurs études suggèrent que les professionnels de la santé entretiennent des attitudes négatives à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite (TPL). Cette recherche vise à évaluer les attitudes des omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes présentant ce trouble. Quarante résidents en médecine familiale et trente-cinq omnipraticiens ont été comparés à trente-neuf professionnels de la santé mentale à l'aide de l'Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un TPL (ÉA-TPL; Bouchard, 2001). Les résultats démontrent que les omnipraticiens et les résidents en médecine familiale endosseraient des attitudes similaires à celles des professionnels de la santé mentale envers les personnes présentant ce trouble et que moins les cliniciens sont expérimentés, moins ils auraient tendance à présenter des attitudes positives à l'égard des personnes ayant un TPL.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, attitudes, médecins omnipraticiens, résidents, médecine familiale

-
- Psychologue clinicienne, Unité de médecine familiale, Maria (Québec), Canada.
 - Psychologue clinicien, Clinique des troubles relationnels de Québec (Québec), Canada.
 - Psychologue clinicien, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Sherbrooke (Québec), Canada.
 - Psychologue clinicien, professeure adjointe, Département de psychologie, Université de Sherbrooke (Québec), Canada.

Attitudes of general physicians and family medicine residents towards patients with Borderline Personality Disorder Abstract

ABSTRACT Objectives. Several studies suggest that health professionals show negative attitudes towards people with Borderline Personality Disorder (BPD). Many publications have focused on the attitudes of nurses or other type of clinicians like social workers or psychologists. Few researches concern the attitudes of general physicians towards BPD even if they are the main professionals involved in the evaluation and treatment of these patients. Additionally, patients with BPD frequently consult general physicians and, because of the difficulties interacting with these patients, they do not always receive the treatments required by their condition. This research aims to assess the attitudes of general physicians and family medicine residents regarding patients presenting with this disorder.

Method. Forty family medicine residents and thirty-five general physicians were compared to thirty-nine mental health professionals using the *Attitudes toward people with BPD Scale* (ABPDS; Bouchard, 2001). This measure has two subscales labeled *Comfort when interacting with someone who has BPD* and *Positives perceptions about BPD*. The internal consistency of the scale as well as the two distinct factors are satisfactory. The participants also complete a socio-demographic questionnaire.

Means, *t* tests, ANOVAs and factorial ANOVAs are completed in order to compare the three groups on the ABPDS and explore the influence of variables such as sex, age, years of experience, and professional setting (urban or rural) on the results.

Results. The results show that general physicians have similar attitudes than mental health professionals towards people presenting with BPD and that family medicine residents present less positive attitude than the other two groups. In addition, clinicians with less experience tend to have less positive attitudes towards people with BPD and clinicians from urban settings seem to have more positive attitude. It was difficult to determinate which variables influence the results because the years of experience, the professional settings and the title of the participants are extremely related. The factorial ANOVAs show no interaction effect between these three variables.

Conclusion. Several studies show that health professionals present negative attitudes toward patients with BPD. This study reveals that general physicians and family medicine residents show respectively similar attitudes or less positive attitudes than other mental health professionals. These results underline the importance of providing specific training about BPD to family medicine residents. Because general physicians guide the evaluations and interventions concerning these patients and mental health professionals interact regularly with BPD, it will be helpful if all the clinicians receive more specific training regarding this disorder.

KEYWORDS Borderline Personality Disorder, attitudes, general physicians, family medicine resident

Plusieurs études suggèrent que les personnes présentant un trouble de personnalité limite (TPL) ont tendance à utiliser abondamment les services de soins de santé physique et mentale (Gross *et al.*, 2002; Korzekwa, Dell, Links, Thabane et Webb, 2008; Powers et Oltmanns, 2012) et sont généralement surreprésentées dans les services de santé physique. Alors que ce trouble toucherait environ 1 à 2 % de la population générale (Coid *et al.*, 2009; Torgersen, Kringlen et Cramer, 2001), cette clientèle représenterait environ 6 % des patients utilisant les soins de santé physique de première ligne (Gross *et al.*, 2002) et entre 10 à 25 % des patients en psychiatrie (Leichsenring, Leibing, Kruse, New et Leweke, 2011). Les personnes présentant un diagnostic de TPL consultent davantage les omnipraticiens comparativement aux personnes qui n'ont pas ce type de trouble (Sansone et Sansone, 2004), aux personnes présentant un autre trouble de la personnalité et à celles ayant un diagnostic de troubles anxieux ou dépressifs (Ansell, Sanislow, McGlashan et Grilo, 2007).

En effet, les personnes ayant un TPL présentent une prévalence de problèmes de santé physique et mentale plus élevée que celles issues de la population générale. Quelques études rapportent des taux élevés d'obésité, arthrite, diabète, hypertension, douleur chronique et incontinence urinaire chez cette population (Frankenburg et Zanarini, 2004; Sansone, Whitecar, Meier et Murry, 2001). De plus, le TPL est associé à un ensemble de complications physiques telles que les blessures liées à l'automutilation ou à des gestes suicidaires, et les accidents reliés à l'impulsivité. D'autre part, les personnes présentant un TPL souffrent souvent d'autres troubles de santé mentale (p. ex. : dépression majeure, état de stress post-traumatique, troubles alimentaires) (Skodol *et al.*, 2002). Toutefois, les personnes présentant un TPL ne considèrent pas toujours ou refusent parfois toute référence à des services de psychothérapie car certaines de ces personnes auraient tendance à définir leurs difficultés plus en termes de manifestations physiques que de difficultés psychologiques ou émotionnelles (Nowlis, 1990).

L'importante utilisation des services médicaux de première ligne pourrait donc être causée, en grande partie, par la forte prévalence de symptômes somatiques chez les personnes présentant un TPL (Sansone et Sansone, 2003). Par exemple, près de 50 % des patients souffrant de douleur chronique répondent aux critères diagnostiques du TPL (Sansone, Whitecar, Meier et Murry, 2001). Sansone et Sansone (2004) émettent l'hypothèse selon laquelle les personnes présentant un TPL se divisent en deux sous-groupes distincts : le premier sous-groupe se

caractériserait par la présence de symptômes psychiatriques; le deuxième sous-groupe présenterait, en plus des symptômes psychiatriques, une prédominance de symptômes somatiques. Les personnes du deuxième sous-groupe se retrouveraient majoritairement dans les services médicaux de première ligne où elles peuvent s'attendre à recevoir des soins de santé physique liés davantage aux symptômes somatiques qu'elles présentent.

Par ailleurs, ce recours plus fréquent aux services de santé de première ligne se répercuterait par une augmentation des visites médicales, des prescriptions, des appels téléphoniques et des références vers les médecins spécialistes (Sansone, Sansone et Wiederman, 1996; Sansone et Sansone, 2004; Sansone, Farukhi et Wiederman, 2011) ainsi que par une hausse des jours d'hospitalisation pour une condition médicale non psychiatrique (Ansell, Sanislow, McGlashan et Grilo, 2007). Les personnes présentant un TPL suscitent un investissement significatif de la part des omnipraticiens se traduisant par des consultations plus longues, des dossiers médicaux plus volumineux, des antécédents médicaux complexes et des échecs thérapeutiques avec une faible résolution des symptômes tant sur le plan physique que mental (Sansone et Sansone, 2003). Cette utilisation fréquente et souvent inefficace des services de santé physique par les personnes présentant un TPL engendre des coûts sociaux plus élevés que pour la population générale (Rendu, Moran, Patel, Knapp et Mann, 2002; van Asselt, Dirksen, Arntz et Severens, 2007).

Attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes présentant un TPL

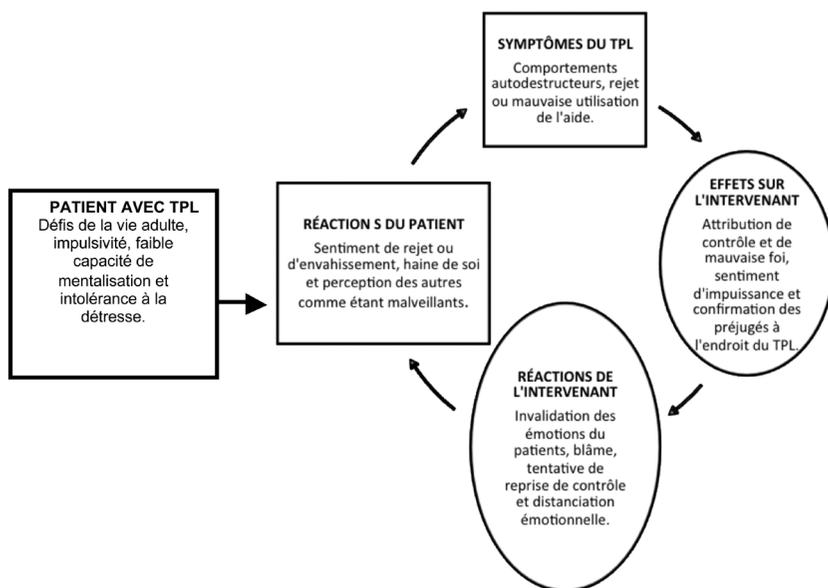
Bien que peu d'études aient porté sur les attitudes propres aux omnipraticiens, de nombreuses recherches font état d'attitudes négatives entretenues par les intervenants en santé mentale à l'égard des personnes présentant un TPL (Deans et Meocevic, 2006; Westwood et Baker, 2010). Ces personnes suscitent davantage de sentiments négatifs, tels que la frustration, la colère, la suspicion, l'aversion, l'accablement et l'embarras, comparativement à d'autres patients (Holmqvist, 2000). De plus, les qualificatifs suivants sont fréquemment utilisés afin de les décrire: « manipulateurs, agresseurs, mauvais patients, difficiles, saboteurs, non coopératifs, irrespectueux, menteurs » (Wright, Haign et McKeown, 2007). Une revue récente de la documentation confirme que les infirmiers et infirmières en santé mentale entretiennent des

perceptions et des attitudes négatives envers les personnes présentant un TPL. Ils les perçoivent comme étant dangereuses et manipulatrices, et manifestent plus de rejet social et moins d'empathie pour cette clientèle (Westwood et Baker, 2010). Règle générale, ces attitudes négatives semblent être partagées par les autres intervenants en santé mentale (p. ex. : psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes) (Commons Treloar, 2009a) et par les infirmiers et infirmières travaillant dans les urgences des hôpitaux (Commons Treloar et Lewis, 2008).

Les conséquences de ces attitudes négatives sont multiples : détérioration de la qualité de la relation thérapeutique, diminution probable de l'efficacité des soins et stigmatisation, tant par les individus que par les organisations, de cette clientèle (Hersh, 2008 ; Kealy et Ogrodniczuk, 2010). Dans une recherche menée par Cleary, Siegfried et Walter (2002) auprès de 229 professionnels de la santé mentale, on constate que 66 % d'entre eux croient que la prise en charge des personnes présentant un TPL est inadéquate, 80 % trouvent que traiter ces patients est de modérément à très difficile et 84 % estiment qu'il est plus difficile de traiter des personnes présentant un TPL que toute autre clientèle. Une étude récente menée par James et Cowman (2007) auprès du personnel infirmier en santé mentale (n = 65) rapporte que 81 % des participants considèrent que les soins prodigués aux personnes présentant un TPL sont inadéquats.

Les attitudes négatives à l'endroit des personnes présentant un TPL et la présence d'une certaine stigmatisation de cette clientèle perpétueraient un cercle vicieux de renforcement réciproque. D'une part, la stigmatisation du TPL diminue la tolérance des intervenants envers les actions et les réactions émotionnelles du patient présentant un TPL. D'autre part, les attitudes négatives des intervenants qui découlent de cette stigmatisation alimentent en retour une dynamique relationnelle qui renforce certains symptômes du TPL. Par exemple, les angoisses d'abandon peuvent s'accroître à la suite des comportements de rejet et de distanciation affective manifestés par les intervenants (Aviram, Brodsky et Stanley, 2006).

FIGURE 1 Cercle vicieux du renforcement réciproque des attitudes négatives à l'endroit du TPL



Tiré de Bouchard, 2010; inspiré d'Aviram *et al.*, 2006. Reproduit avec l'autorisation de *Santé mentale au Québec*.

Les attitudes des omnipraticiens relativement aux personnes présentant un TPL

Les résultats d'une recherche qualitative réalisée auprès de 15 omnipraticiens travaillant dans différents contextes de pratique (Imbeau, 2009) confirment que la stigmatisation et les attitudes négatives constatées chez les intervenants de la santé sont aussi présentes chez les omnipraticiens. Ceux-ci rapportent se sentir peu outillés et mal à l'aise relativement au diagnostic et à la prise en charge médicale des personnes présentant des troubles de la personnalité. Les omnipraticiens semblent ne pas s'attendre ou ne pas souhaiter gérer des relations chaotiques avec des patients qui consultent à répétition, qui ne semblent pas profiter de leurs interventions, qui s'engagent dans des conflits avec eux et qui expriment des besoins qui semblent peu reliés aux soins médicaux prodigués par les médecins (Haas, Leiser, Magill et Sanyer, 2005). Toutefois, l'omnipraticien constitue la principale porte d'entrée vers des services de santé (Gagné, 2005; Wallot et Yale, 2005) car les

interventions s'appuient généralement sur ses diagnostics et suggestions de traitement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). À notre connaissance, aucune étude n'a encore porté sur la qualité des soins offerts en santé physique aux personnes présentant un TPL. Compte tenu du fort risque de détérioration de l'alliance thérapeutique avec le médecin (Levy *et al.*, 2010), de la stigmatisation sociale de certains de ces patients (Markham, 2003), du manque d'observance des recommandations médicales (Nowlis, 1990 ; Sansone et Sansone, 2004) et de la grande difficulté de cette clientèle à avoir des comportements visant à prévenir la maladie, il est fort probable que la qualité des services en santé physique soit, dans bien des cas, affectée par la présence d'un TPL chez le patient requérant des soins médicaux.

Compte tenu de la pertinence clinique et scientifique de l'étude des attitudes des omnipraticiens à l'endroit des personnes présentant un TPL et de la rareté des recherches ayant porté spécifiquement sur le sujet, cette étude vise à évaluer les attitudes des omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'égard des personnes présentant un TPL et à les comparer à celles entretenues par des professionnels de la santé mentale. Également, nous souhaitons examiner la possible association entre le nombre d'années d'expérience, le milieu de pratique et les attitudes envers les personnes présentant un TPL.

Méthode

Participants et procédure

Ce sont 40 résidents en médecine familiale et 35 omnipraticiens qui ont participé à l'étude. Les participants ont été rejoints dans les unités de médecine familiale (UMF) de Bordeaux-Cartierville (Montréal), Trois-Rivières, Amos et Maria qui sont affiliées à l'Université de Montréal ainsi qu'au Centre de santé et services sociaux de la Baie-des-Chaleurs (CSSSBC). Ce sont les psychologues travaillant dans ces unités de soins lors de réunions administratives ou formatives qui le leur ont proposé. Un formulaire d'information et de consentement leur a été présenté. Les participants ont été invités à remplir l'Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un TPL (ÉA-TPL ; originellement appelé Questionnaire d'attitudes à l'égard du trouble de personnalité limite [QATPL] ; Bouchard, 2001). Leur participation était libre et sans préjudice. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de ces établissements ainsi que par celui de l'Université

de Sherbrooke. Les résultats obtenus par les résidents et les omnipraticiens ont été comparés à ceux d'un échantillon de 39 professionnels de la santé mentale (travailleurs sociaux = 11, infirmiers = 7, psychologues = 4, intervenants psychosociaux ou agents de relations humaines = 14) ayant participé à la validation préliminaire l'ÉA-TPL et pour lesquels les variables *nombre d'années d'expérience* et *milieu de pratique* étaient disponibles.

Instruments

Les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique et l'Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un TPL (Bouchard, 2001). L'ÉA-TPL permet de mesurer les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes présentant un TPL. L'instrument est composé de 20 items qui ont été élaborés à partir d'une recension d'écrits scientifiques et de l'expérience clinique de l'auteur de la mesure auprès de professionnels œuvrant dans le secteur de la santé mentale avec des patients présentant un TPL (Bouchard, 2001). Les réponses sont cotées selon une échelle de Likert en neuf points. Les scores sont ensuite additionnés pour un score total maximal de 180 et un total minimal de 9. Plus le score total est élevé, plus les attitudes envers les personnes avec un TPL sont positives. Les résultats de l'analyse exploratoire en composantes principales suggèrent une structure factorielle bipartite. L'ÉA-TPL évalue un facteur global de premier ordre permettant l'utilisation d'un score global et de deux sous-scores indépendants (facteur 1: Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL: $\alpha = 0,82$; facteur 2: Perceptions positives du TPL: $\alpha = 0,58$). Le coefficient de cohérence interne de l'échelle globale est satisfaisant (Alpha de Cronbach: 0,79) (Imbeau, Bouchard, Terradas et Villeneuve, 2013).

Analyses statistiques

Des tests de comparaison de moyennes ont été effectués afin de vérifier si les variables *âge*, *sexe*, *titre d'emploi*, *nombre d'années d'expérience* et *milieu de pratique* influençaient les résultats à l'ÉA-TPL. Des analyses post-hoc de type Tukey ont permis de vérifier l'influence de la variable *titre d'emploi* sur les résultats. Des ANOVA factorielles ont également été faites afin de départager l'influence des variables titre d'emploi, milieu de pratique et nombre d'années d'expérience sur les résultats.

Résultats

Comparaisons des variables sociodémographiques

Tel qu'attendu, il existe une différence significative entre les omnipraticiens et les résidents en ce qui concerne la variable âge ($t = 9,17$; $p \leq 0,001$). Les professionnels de la santé mentale et les omnipraticiens présentent une moyenne semblable sur cette variable (professionnels: $M = 42,03$ ans, $\acute{E}T = 10,51$; omnipraticiens: $M = 43,09$ ans, $\acute{E}T = 7,29$; résidents: $M = 28,36$ ans, $\acute{E}T = 5,56$). L'échantillon est composé majoritairement de femmes (75 % des résidents en médecine familiale, 64 % des omnipraticiens et 74 % des professionnels de la santé mentale), il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes sur cet aspect [$\chi^2 (N = 124) = 1,65$, $p > 0,05$]. Les omnipraticiens de l'échantillon pratiquent majoritairement en milieu rural (71 %), les résidents en médecine familiale sont plus nombreux en milieu urbain (65 %) et les professionnels de la santé mentale ont tous été recrutés en milieu rural; il existe une différence significative entre les trois groupes sur cette variable ($F = 10,45$, $p \leq 0,001$). Les omnipraticiens et les professionnels de la santé pratiquent depuis environ 15 ans (omnipraticiens: $M = 14,54$ ans, $\acute{E}T = 7,45$; professionnels de la santé mentale: $M = 15,36$ ans, $\acute{E}T = 9,31$). Les résidents n'ont aucune année d'expérience puisqu'ils ne pratiquent pas de façon autonome.

Tests de comparaison de moyennes et ANOVA factorielle

Il n'y a pas de différences significatives pour les variables sociodémographiques telles que l'âge et le sexe pour le score total et les deux facteurs de l'ÉA-TPL. Des différences significatives ont été obtenues pour les variables *nombre d'années d'expérience* et *milieu de pratique* (Tableau 1). Les omnipraticiens et les professionnels de la santé mentale obtiennent des résultats comparables au score total ($M = 107,06$ et $M = 110,74$, respectivement; $t = 0,73$, $p > 0,05$) tandis que les résidents en médecine familiale obtiennent un score total moyen de 95,92. Les différences entre les résidents, les omnipraticiens et les autres intervenants sont significatives pour le score total de l'ÉA-TPL et chacun des facteurs composant le questionnaire (Tableau 1). Les analyses post-hoc effectuées confirment que les résidents obtiennent des résultats significativement inférieurs au score total et au facteur 1 de l'ÉA-TPL: *Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL* comparative-ment aux médecins de famille et aux professionnels de la santé mentale. Toutefois, les résidents seraient comparables aux professionnels

TABLEAU 1 Comparaison de moyennes au score total et aux deux facteurs de l'ÉA-TPL (facteur 1 : Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL, facteur 2 : Perceptions positives du TPL) pour les variables âge, sexe, milieu de pratique et nombre d'années d'expérience

Variables		Moyennes au score total F	Moyennes au facteur 1 F	Moyennes au facteur 2 F
Âge	39 ans et moins (n = 59)	102,37	38,95	50,95
	40 ans et plus (n = 53)	107,55	41,84	52,65
		1,57	1,17	0,86
Sexe	Féminin (n=81)	102,65	38,92	50,90
	Masculin (n=33)	108,74	43,42	53,11
		1,74	2,34	1,16
Milieu	Rural (n = 75)	108,23	42,38	52,75
	Urbain (n = 36)	97,56	36,81	49,00
		5,80*	3,80*	3,65
Années expérience	Moins de 10 ans (n = 59)	98,86	37,49	49,39
	10 ans et + (n = 55)	110,36	43,15	53,85
		7,95**	4,62*	6,05*
Titres	Omnipraticiens (n = 35)	107,06 ^{a,b}	39,24 ^{a,b}	54,21 ^{a,c}
	Résidents (n = 40)	95,92 ^{a,d}	36,12 ^{a,c}	47,97 ^{b,c}
	Professionnels (n = 3)	110,74 ^{b,d}	45,31 ^{b,c}	52,79 ^{a,b}
		5,00(2,11)**	4,45(2,11)**	5,47(2,11)**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

^a Test de Tukey non significatif; ^b test de Tukey non significatif; ^c test de Tukey significatif ($p < 0,05$); ^d test de Tukey significatif ($p < 0,01$). (N. B. Les groupes qui partagent le même exposant ont été comparés l'un avec l'autre; p. ex.: le test Tukey effectué entre les omnipraticiens et les résidents pour le score total est indiqué par l'exposant ^a, tandis que le test Tukey effectué entre les résidents et les professionnels pour le score total est indiqué par l'exposant ^d.)

de la santé mentale pour le facteur 2 : *Perceptions positives du TPL*. Par ailleurs, un score significativement plus élevé a été obtenu par les intervenants ayant cumulé plus d'années d'expérience ($M = 110,36$) comparativement à ceux qui ont moins d'années d'expérience ($M = 98,86$) tant en ce qui concerne le score total que les deux facteurs de l'ÉA-TPL. Aussi, les professionnels travaillant en milieu rural auront tendance à avoir des attitudes plus favorables envers les personnes présentant un TPL que ceux qui travaillent en milieu urbain.

Des ANOVA factorielles ont été réalisées afin de vérifier si le score total à l'ÉA-TPL diffère en fonction du milieu de pratique et du titre d'emploi (trois groupes), ainsi qu'en fonction des années d'expérience et du titre d'emploi. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas d'effets d'interaction du titre d'emploi, du milieu de pratique et des années d'expérience sur le score total à l'ÉA-TPL.

Discussion

Les attitudes négatives des professionnels de la santé envers les personnes présentant un TPL sont bien documentées et peuvent influencer négativement la qualité des soins prodigués à cette clientèle (Miller et Davenport, 1996; Westwood et Baker, 2010). Les personnes présentant un TPL constituent une partie importante de la clientèle des omnipraticiens et sont généralement considérées par ceux-ci comme des patients difficiles. Les titres de certains articles relevés dans la revue *Le Collège* du Collège des médecins du Québec sont évocateurs: «Le suivi de patients difficiles: y survivre ensemble» (Cara, 2010), «Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne: comment y survivre» (Brochu, 2001), «La personnalité de ma patiente me donne du trouble... comment traite-t-on le trouble de personnalité limite à l'adolescence?» (Larrivée et Garel, 2009). Les omnipraticiens se sentent souvent démunis et mal outillés pour une prise en charge optimale. Malgré le peu d'études à ce sujet, ils semblent endosser des attitudes comparables à celles des intervenants en santé mentale qui, selon ce qui est généralement rapporté dans la documentation scientifique, ont habituellement des attitudes négatives envers les personnes présentant un TPL (Frare et Denis, 2010; Stigler et Quinche, 2001; Ward, 2004). Toutefois, dans notre étude, le score moyen des omnipraticiens (107,06) et des professionnels de la santé (110,74) semble montrer une attitude légèrement positive étant donné qu'un score de 85,5 départagerait une évaluation plutôt positive d'une évaluation plutôt négative.

Les résultats démontrent que les omnipraticiens ont des attitudes comparables à celles des professionnels de la santé mentale à l'endroit des personnes présentant un TPL et que les résidents en médecine familiale ont des attitudes significativement moins positives que les deux autres groupes. Plus spécifiquement, les résidents en médecine familiale semblent moins à l'aise dans leurs interactions avec cette clientèle, ceux-ci se différencient davantage sur le facteur 1: *Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL* que sur le facteur 2:

Perceptions positives du TPL. Cette plus grande difficulté à interagir pourrait être attribuable à un manque d'expérience, de connaissances ou de formation spécifique sur les troubles de la personnalité, les résidents en médecine familiale ayant cumulé significativement moins d'années de pratique comparativement aux médecins de famille et professionnels de la santé mentale.

En effet, le nombre d'années d'expérience semble influencer de façon significative sur les résultats obtenus. Ainsi, plus les cliniciens sont expérimentés, moins ils ont tendance à présenter des attitudes négatives à l'égard des personnes ayant un diagnostic de TPL. Cela peut possiblement s'expliquer par l'acquisition d'outils et de connaissances à force d'expositions répétées auprès de cette clientèle ou par le développement d'un réseau de spécialistes (p. ex. : psychiatres, psychologues) auxquels les médecins peuvent se référer ou avec lesquels ils peuvent discuter des cas plus complexes. Les années d'expérience pourraient également avoir un effet d'atténuation des réactions contretransférentielles à l'égard des personnes présentant un TPL (Brody et Farber, 1996). Un autre facteur explicatif pourrait être le fait que, au Québec, les médecins, comme les autres professionnels, accumulent après la fin de leur formation universitaire plusieurs heures de formation continue portant de près ou de loin sur le TPL et la santé mentale. Or, certaines études ont démontré l'influence positive d'ateliers de formation sur les attitudes des cliniciens envers les personnes présentant un TPL. Après avoir suivi des ateliers d'un ou deux jours portant spécifiquement sur le TPL, on observe que les participants sont plus empathiques, plus désireux de traiter cette clientèle et se sentent plus compétents (Kravitz, 2004; Bouchard, Duval et Julien, 2010; Shanks, Pfohl, Blum et Black, 2011) et que cette amélioration persiste dans le temps (Commons Treloar, 2009b).

On note également l'influence positive exercée par le milieu de pratique sur les attitudes des médecins (omnipraticiens ou résidents) et professionnels de la santé mentale, puisque les cliniciens des milieux ruraux semblent démontrer des attitudes plus positives comparativement à leurs collègues des centres urbains. Ce dernier résultat doit toutefois être interprété avec précaution étant donné la relation significative entre le milieu de pratique et les années d'expérience. En effet, les participants possédant le plus grand nombre d'années d'expérience (les omnipraticiens et les professionnels de la santé mentale) ont été recrutés principalement en milieu rural (71 % des omnipraticiens et 100 % des professionnels de la santé mentale). Il est donc possible que

les attitudes plus positives présentées par les cliniciens des régions rurales soient le résultat des années d'expérience et non reliées au milieu de pratique.

Une autre explication possible de ce résultat pourrait être que, à la connaissance des auteurs, les intervenants des centres urbains peuvent plus facilement adresser cette clientèle difficile aux psychiatres ou aux centres spécialisés et dédiés à l'intervention auprès des personnes présentant un TPL et, conséquemment, sont moins exposés que leurs collègues des régions. La pratique en région éloignée oblige à une plus grande diversité dans l'intervention et la prise en charge des patients. La population moins dense ne permet pas une spécialisation comme dans les grands centres, ce qui pourrait obliger les médecins et les professionnels de la santé mentale à s'outiller davantage car ils doivent conserver dans leur clientèle ces patients plus difficiles qui auraient été dirigés vers un spécialiste si celui-ci était disponible.

Certaines limites doivent être considérées. L'ÉA-TPL est une nouvelle mesure en cours de validation et n'a pas encore bénéficié d'études statistiques confirmatoires. Par ailleurs, l'effet de la désirabilité sociale n'a pas été mesuré ni contrôlé. Également, des études subséquentes pourraient permettre de départager plus clairement l'influence des variables titre d'emploi, années d'expérience et milieu de pratique sur les attitudes envers les personnes présentant un TPL étant donné le chevauchement de ces variables dans la présente étude. Certaines données supplémentaires (p. ex. : la fréquence d'exposition, le type d'organisation dans laquelle le médecin travaille, la possibilité de se référer à des spécialistes, la pratique en équipe multidisciplinaire, la formation spécifique reçue sur le TPL) pourraient également être utilisées dans des études ultérieures afin d'identifier et mieux comprendre les autres facteurs influençant les attitudes envers les personnes présentant un TPL.

Les résultats semblent toutefois indiquer que les médecins (omnipraticiens ou résidents) pourraient éprouver les mêmes difficultés envers les personnes présentant un TPL que les professionnels de la santé mentale. De plus, ces résultats semblent révéler que le développement d'attitudes plus favorables envers les personnes présentant un TPL nécessiterait plusieurs années d'expérience. En effet, les omnipraticiens sont comparables aux professionnels de la santé mentale alors que les résidents en médecine familiale, pourtant exposés aux dernières données scientifiques, semblent démontrer des attitudes moins positives que les omnipraticiens et les professionnels de la santé mentale.

Toutefois, les résidents en médecine familiale sont appelés à traiter cette clientèle au cours de leur résidence et devront continuer d'intervenir auprès d'elle dès le premier jour de leur pratique d'omnipraticien. Les résidents en médecine familiale pourraient bénéficier d'une formation plus étoffée sur les troubles de la personnalité lors de leur résidence au lieu d'attendre que les années d'expérience leur permettent de développer des attitudes plus positives. Une telle formation pourrait également être offerte aux omnipraticiens car, étant responsables du diagnostic et du traitement, ils influencent directement la qualité des soins prodigués aux personnes présentant un TPL. Bien que dans notre étude les autres professionnels de la santé semblent montrer une attitude légèrement favorable, ils pourraient également bénéficier d'une telle formation car, comme le démontrent de nombreuses études, ils éprouveraient eux aussi des difficultés significatives dans la relation thérapeutique et le traitement de cette clientèle.

RÉFÉRENCES

- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H. et Grilo, C. M. (2007). Psychological impairment and treatment utilization by personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 329-336.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S. et Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Bouchard, S. (2001). *Questionnaire d'attitudes à l'égard du trouble de personnalité limite (QATPL)*. Manuscrit non publié, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Québec, Canada.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Bouchard, S., Duval, C. et Julien, E. (2010). Soutenir les intervenants du réseau œuvrant auprès de patients présentant un trouble de personnalité limite. *Psychologie Québec*, 27(5), 22-24.
- Brochu, M. (2001). Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne : comment y survivre. *Le Médecin du Québec*, 36(5), 57-63.
- Brody, E. M. et Farber, B. A. (1996). The effects of therapist's experience and patient's diagnosis on countertransference. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380.
- Cara, F. (2010). Le suivi de patients difficiles : y survivre ensemble. *Le Médecin du Québec*, 35(11), 55-60.

- Cleary, M., Siegfried, N. et 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.
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N. et Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: Health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, 39, 1721-1731.
- Commons Treolar, A. J. (2009a). A qualitative investigation of the clinicians' experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.
- Commons Treolar, A. J. (2009b). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 60(8), 1128-1131.
- Commons Treolar, A. J. et Lewis, A. J. (2008). Professional attitudes toward deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 578-584.
- Deans, C. et 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(1), 43-49.
- Frankenburg, F. R. et Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illness, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1660-1665.
- Frare, P. et Denis, J. F. (2010). Sur quel axe danser? Dépistage des troubles de l'axe II. *Le Médecin du Québec*, 45(11), 39-43.
- Gagné, M. A. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Mississauga, Ontario: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- Gross, R., Olsson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. et Weissman, M. M. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 53-60.
- Haas, L. J., Leiser, J. P., Magill, M. K. et Sanyer, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American Family Physician*, 72(10), 2063-2068.
- Hersh, R. (2008). Confronting myths and stereotypes about borderline personality disorder. *Social Work in Mental Health*, 6, 13-32.
- Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 349-356.
- Imbeau, D. (2009). *L'alliance thérapeutique, les médecins de famille et les troubles de la personnalité: Enjeux et défis*. Manuscrit non publié, Université de Sherbrooke, Canada.
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M. et Villeneuve, E. (2013). Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite: Structure factorielle et validation préliminaire. *Annales médico-psychologiques*, 1675, 1-7.

- James, P. D. et Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes toward clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678.
- Kealy, D. et Ogrodniczuk, J. S. (2010). Marginalization of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 145-154.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L. et Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 380-386.
- Kravitz, R. (2004). Borderline personality disorder: Attitudinal change following training. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 554-559.
- Larrivée, M. P. et Garel, P. (2009). La personnalité de ma patiente me donne du trouble... comment traite-t-on le trouble de personnalité limite à l'adolescence? *Le Médecin du Québec*, 44(6), 59-64.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H. et Clarkin, J. F. (2010). Conflict beget conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of « borderline personality disorder »: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612.
- Miller, S. A. et Davenport, N. C. (1996). Increasing staff knowledge of and improving attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 47(5), 533-535.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Récupéré le 20 décembre 2012 du site du Ministère : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2005/05-914-01.pdf>
- Nowlis, D. P. (1990). Borderline personality disorder in primary care. *Journal of Family Practice*, 30(3), 329-335.
- Powers, A. D. et Oltmanns, T. F. (2012). Personality disorders and physical health: A longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-age adults. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 524-538.
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M. et Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 62-66.
- Sansone, R. A., Farukhi, S. et Wiederman, M. W. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, 33, 343-346.

- Sansone, R. A. et Sansone L. A. (2003). Borderline personality: Different symptoms in different settings? *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 7, 187-191.
- Sansone, R. A. et Sansone L. A. (2004). Borderline personality: A primary care context. *Psychiatry*, 1(2), 19-27.
- Sansone, R. A., Sansone L. A. et Wiederman, M. W. (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in primary care setting. *Southern Medical Journal*, 89, 1162-1165.
- Sansone, R. A., Whitecar, P., Meier, B. P. et Murry, A. (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23, 193-197.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N. et Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effects of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorder*, 25(6), 806-812.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesly, J. W. et Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Stigler, M. et Quinche, P. (2001). Le « patient difficile » en crise et sa compétence à se responsabiliser. *Primary Care*, 1, 351-357.
- Torgersen, S., Kringlen, E. et Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A. et Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.
- Wallot, H. et Yale, J. P. (2005). Dialogue autour d'un plan. *Journal de l'AMPQ*, 9(3), 19-24.
- Ward, R. K. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American Family Physicians*, 70(8), 1505-1512.
- Westwood, L. et Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 657-662.
- Wright, K., Haign, K. et McKeown, M. (2007). Reclaiming the humanity in personality disorder. *International Journal of Mental Health*, 16, 236-246.

