



**UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : Psychiatrie Santé Mentale

**Attributs et perspective de potentialisation des compétences des infirmiers pour
l'accompagnement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline**

**Présenté et soutenu publiquement le 30 Juin 2023 à 10h A Lille
(département facultaire de médecine Henri Warembourg)
Par Grégory DEHAUDT**

JURY :

**Président du jury : Monsieur le Professeur Eric WIEL
Enseignante infirmière : Madame Léone DE OLIVEIRA
Directeur de mémoire : DOCTEUR Camille RINGOT
Directeur de mémoire : François DUPONCHELLE Infirmier en Pratique Avancée**

Le 30/05/23

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires ;
Celles-ci sont propres à leurs auteurs

Remerciements

Aux membres du jury,

Mr le Professeur Eric Wiel, président du jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame Léone De Oliveira, enseignante infirmière,

Je vous remercie pour votre implication dans notre formation menant au diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée en mention psychiatrie santé mentale. Vos interventions m'ont amené à davantage me questionner sur l'essence de notre profession.

A Madame la Docteure Camille Ringot, ma directrice de mémoire,

Je te remercie pour nos échanges qui ont contribué à faire évoluer ma pratique et pour ton soutien. Ton enthousiasme à m'accompagner, encore, pour ce périple m'a profondément touché.

A Monsieur François Duponchelle, mon directeur de mémoire,

Je te remercie et te suis éternellement reconnaissant pour ton implication dans ce travail et dans mon parcours professionnel depuis notre première rencontre. Tu as largement contribué à mon évolution, tu as su me soutenir, me guider. Merci pour ton écoute active, ton respect. Merci également pour ton dévouement dans le développement de la pratique avancée infirmière.

A l'université de Lille

A Monsieur le Professeur Puisieux,
Responsable universitaire de la formation menant au Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique
Avancée,

Je vous remercie de vous être investi dans l'ouverture de cette formation à l'Université de
Lille,

A Mme Marie-Eve Godeffroy, gestionnaire au service des formations sanitaires
Je vous remercie pour votre professionnalisme, votre bienveillance et votre soutien tout au
long de ces deux années. Vous contribuez grandement à la réussite de cette formation.

A tous les intervenants,
et plus spécialement Mme Bourgeois,
Je vous remercie pour votre dévouement à l'évolution de notre profession. Vos connaissances
et votre sagesse ont rendu cette formation très enrichissante tant sur le plan humain que sur le
plan professionnel.

A mes collègues de promotion,
Plus particulièrement Marine, Clémence, Aurélie et Camille,
avec qui j'ai redécouvert qu'un travail de groupe plein d'effervescence pouvait être
synonyme de passion.

et Colette, Amed et Myrtille,
Pour tous ces moments d'amitié et d'entraide.

A la F2RSM

Madame la Docteure Claire-Lise Charrel,
Madame la Docteure Camille Vincent,
Monsieur Stephane Duhem
Madame Delphine Pastureau,

Je vous remercie pour votre guidance et votre aide dans les aspects les plus techniques de ce travail de recherche.

Aux professionnels exerçant sur le secteurs du PTSM Artois Audomarois

Merci d'avoir contribué à cette enquête.

Aux professionnels convaincus de l'intérêt de faire évoluer la profession infirmière, et plus particulièrement,

Dr Bernard Marion

Dr Derache Xavier

Dr Duriez Sylvain

Professeure Chantale Cara

Professeur Sylvain Brousseau

Je vous remercie pour votre soutien et vos précieux conseils.

A mes collègues et amies, Maggie, Marion, Edelweiss,

Merci de m'avoir soutenu dans ce projet, en assurant plus de postes et en m'offrant une oreille attentive.

A mon ami Ludovic Duponchelle,

Merci de m'avoir toujours été présent et de m'avoir guidé pour les aspects les plus techniques de cette recherche.

A ma famille,

Merci d'avoir fait le maximum pour que je puisse mener à terme ce projet professionnel, pour vos capacités d'adaptation et votre patience.

“We define Human Caring in nursing education as a relational and humanistic way to teach and develop a caring relationship with students in order to promote learning and meaning while preserving dignity. Learning occurs within the nurse educator–student relationship, guiding students to new meaning and knowledge integration as well as an expanded consciousness in regard to one’s own caring–healing praxis”

(Cara et al., 2020)

Glossaire

CH Centre Hospitalier

CSP Code de la Santé Publique

DSM5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition

EIIP70 Echelle d'Interaction Infirmier Patient 70 items

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

ESPIC Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

F2RSM Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et psychiatrie

GHT Groupement Hospitalier Territorial

GPM Good Psychiatric Management

HAS Haute Autorité de Santé

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

IPA Infirmier en Pratique avancée

MHSI-UdeM Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal

TBM Thérapie Basée sur la Mentalisation

TCD Thérapie Comportementale Dialectique

TFT Thérapie Focalisée sur le Transfert

TPB Trouble de la Personnalité Borderline

TSPT Trouble du Stress Post Traumatique

Sommaire

Avertissement.....	A
Remerciements.....	B
Glossaire.....	F
Sommaire.....	G
Avant-propos.....	1
Partie 1 : Introduction.....	4
A. Le Trouble de la Personnalité Borderline.....	4
B. Le soin infirmier, une science et un art d’être en relation avec la personne soignée	14
C. Hypothèses, objectifs et critères d’évaluation.....	19
Partie 2 : Méthode.....	20
D. Population.....	20
E. Mesures.....	20
F. Procédure.....	21
G. Analyses statistiques.....	21
Partie 3 : Résultats.....	23
H. Données descriptives.....	23
I. Analyses principales.....	25
J. Analyses complémentaires.....	27
Partie 4 : Discussion.....	33
K. Résultats principaux.....	33
L. Analyses complémentaires.....	35
M. Forces et limites de l’étude.....	40
N. Les compétences des infirmiers dans l’accompagnement des personnes souffrant d’un TPB.....	41
O. Perspective ; vers un renforcement de compétences des infirmiers en regard du TPB 43	
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	G
Table des illustrations.....	R
Annexes.....	U

Avant-propos

La déclaration des droits de l'Homme a été rédigée en 1948 afin d'assurer à chacun une égalité de droits et une non-discrimination. Tous les textes inhérents au système de santé français découlent de ce principe inaliénable. Ainsi, le code de santé publique veut garantir une égalité des soins pour tous, dénués de toute discrimination (art. L 1110-3 du CSP) afin que chacun puisse bénéficier de soins de qualité propices à sa « sécurité sanitaire » (art. L 1110-5 du CSP) et du droit à la « continuité des soins » (HAS, 2014).

L' article R4312-11 du code de déontologie infirmière stipule que « l'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge » (Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, 2016).

La loi de modernisation du système de santé de 2016 repose également sur ces principes et veut donc s'assurer que chacun puisse bénéficier des soins nécessaires à son état de santé. Elle vise plus particulièrement les situations complexes désireuse d'une amélioration des parcours. Pour ce faire, elle instaure les Projets Territoriaux de Santé Mentale en charge de décliner la politique de santé mentale nationale à l'échelle des territoires via des actions coordonnées des acteurs de ce territoire. Les PTSM ont par exemple pour mission d'agir contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques. Des axes prioritaires ont été définis vers des publics spécifiques comme les personnes ayant des conduites addictives ou des victimes de psycho-traumatisme.

Les situations quotidiennes et la littérature mettent en exergue une catégorie de la population qui est largement stigmatisée, qui plus est par les soignants et plus particulièrement les infirmiers : les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (Dickens et al., 2016). Nous verrons un peu plus loin que cette population est très souvent psycho traumatisée,

consommatrice de substances et peine à accrocher aux suivis. La symptomatologie fait de ces situations des situations d'office complexes.

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, identifie le trouble de la personnalité comme « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». Dix troubles de la personnalité y sont référencés. Les nuances sont minces et les patients sont peu diagnostiqués ou se voient diagnostiquer d'autres troubles ou pathologies psychiatriques comorbides à la place (Evolution Psychiatrique, 2022). Les spécialistes ont des difficultés à s'accorder sur la nosographie des troubles de la personnalité. Lors d'un séminaire relatant l'histoire de la psychiatrie, en date de 2017 à l'hôpital Sainte Anne, le Professeur JD Guelfi, nous présente un modèle mixte alternatif qui évalue le niveau de fonctionnement ainsi que les dimensions pathologiques, ce qui devrait permettre de mieux catégoriser le trouble et donc de poser les diagnostics (Vanwoerden & Stepp, 2022).

Le TPB est caractérisé par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects (Crocq & Guelfi, 2015). Environ 1 % de la population souffrirait de ce fonctionnement. Ils représenteraient 22% des patients hospitalisés en psychiatrie et 12 % des patients suivis en ambulatoire chaque année (Ellison et al., 2018), ce qui n'est pas négligeable. Ces personnes utilisent largement les services d'urgences, lors de crises et sont de grands consommateurs de psychothérapie (Cailhol et al., 2015). Les passages aux urgences sont corrélés aux auto mutilations et passage à l'acte suicidaires avec un risque de récurrence accru (Oumaya et al., 2008). Instaurer une relation thérapeutique avec cette catégorie de patients est un réel défi.

L'objectif de cette étude est d'observer si certains attributs permettent aux infirmiers d'accompagner les personnes souffrant d'un TPB en se sentant efficace afin de pouvoir proposer une potentialisation de ces attributs à des niveaux supérieurs.

Cette présente étude a été réalisée sur le territoire de la PTSM Artois Audomarois. Il s'agit d'une étude prospective multicentrique qui s'intéressera aux ressources personnelles des infirmiers exerçant sur ce territoire, en psychiatrie, alcoologie et addictologie, services spécialisés fréquentés par ces patients. Le sentiment d'auto efficacité à accompagner ces personnes sera le critère de jugement principal et nous pourrions ainsi déterminer si celui-ci est

lié à un complément de formation ou s'il est corrélé à un niveau de caring plus élevé. Ainsi nous pourrions proposer une piste en vue d'améliorer les pratiques professionnelles des infirmiers pour accompagner ces patients. En ce sens, l'objectif secondaire de cette étude est de recueillir les besoins identifiés par les infirmiers afin de s'assurer qu'ils correspondent.

Partie 1 : Introduction

A. Le Trouble de la Personnalité Borderline

1. Le diagnostic

Le DSM5 définit les caractéristiques types de la personnalité borderline à savoir, « l'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles et des affects, associée à l'impulsivité, à la prise de risque et/ou à l'hostilité ». Ces difficultés sont perceptibles au niveau de « l'identité, de l'autodétermination, de l'empathie et/ou de l'intimité, [], avec des traits mal adaptés spécifiques dans le domaine de l'affectivité négative, de l'antagonisme et/ou de la désinhibition ». La *Figure 1* reprend les éléments du DSM5 appliqués à la personne souffrant d'un TPB.

Les critères diagnostiques proposés dans le modèle alternatif du DSM5 sont :

« A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : Image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.

2. Autodétermination : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.

3. Empathie : Incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d. prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».

4. Intimité : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé ; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :

1. Labilité émotionnelle (un aspect de l'affectivité négative) : Expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.

2. Tendance anxieuse (un aspect de l'affectivité négative) : Sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude ; peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle.

3. Insécurité liée à la séparation (un aspect de l'affectivité négative) : Peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie

4. Dépressivité (un aspect de l'affectivité négative) : Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.

5. Impulsivité (un aspect de la désinhibition) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agressions dans les situations de détresse émotionnelle.

6. Prise de risque (un aspect de la désinhibition) : Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.

7. Hostilité (un aspect de l'antagonisme) : Sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs ».

Le DSM5 n'évoque pas les hallucinations pourtant présentes chez près d'un quart des personnes diagnostiquées borderline. Probablement, car ces hallucinations pourraient davantage être attribuées à une comorbidité et qu'elles sont corrélées aux TSPT du registre des « violences émotionnelles » subies dans l'enfance (Slotema et al., 2018).

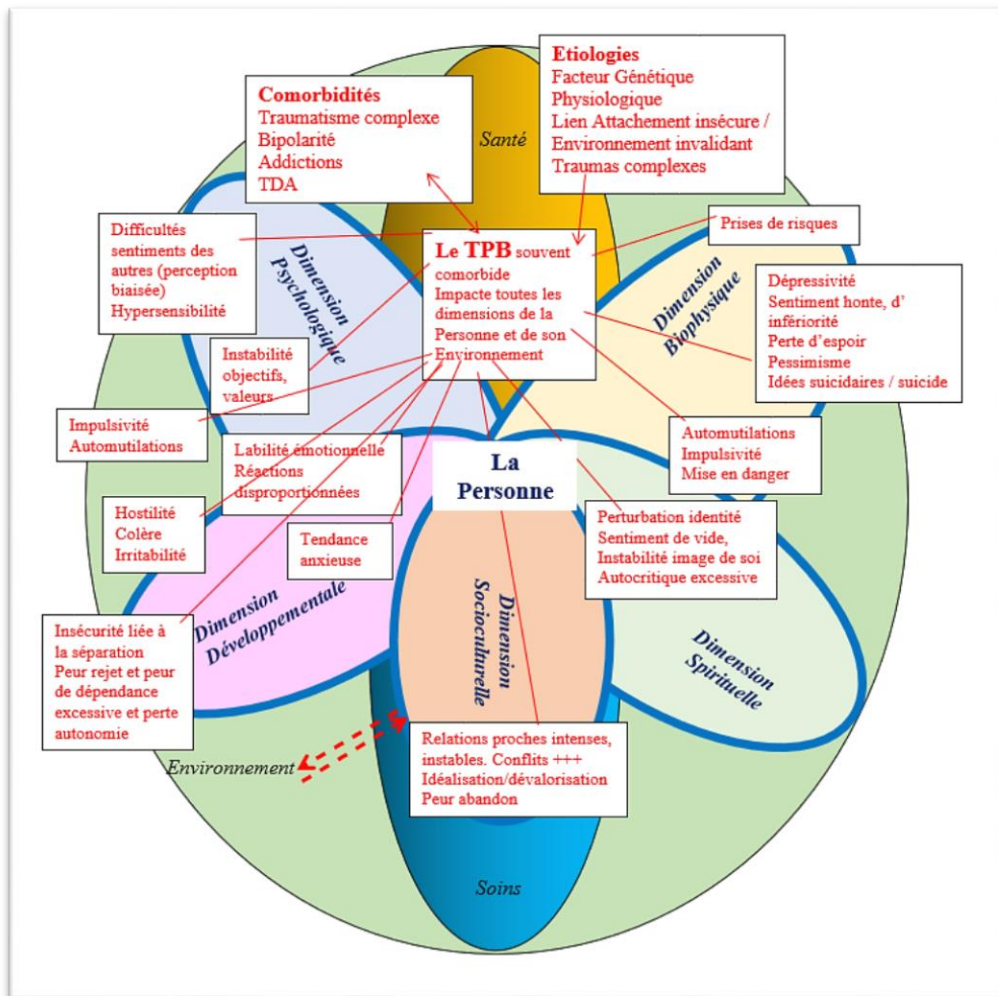


FIGURE 1 LE TPB

2. Etiologies

Le TPB est un trouble multifactoriel qui apparaît le plus souvent à l'adolescence (Judith et al., 2020). Le modèle bio-social est consensuellement accepté pour expliquer la dysrégulation émotionnelle dont souffrent les personnes affectées par un TPB. Les travaux de Marsha M Linehan, Docteure en psychologie, ont été rejoints par de nombreuses recherches. La dysrégulation serait le résultat d'une prédisposition biologique, d'un contexte environnemental, et des interactions entre ces éléments (M. M. Linehan, 2000). Les différents aspects biologiques (chimiques, génétiques, neuronaux) et psychologiques coexistent et participent ainsi aux manifestations du trouble (Crowell et al., 2009). La figure 2 propose un schéma de la théorie bio-sociale inspirée de la théorie de Marsha M Linehan.

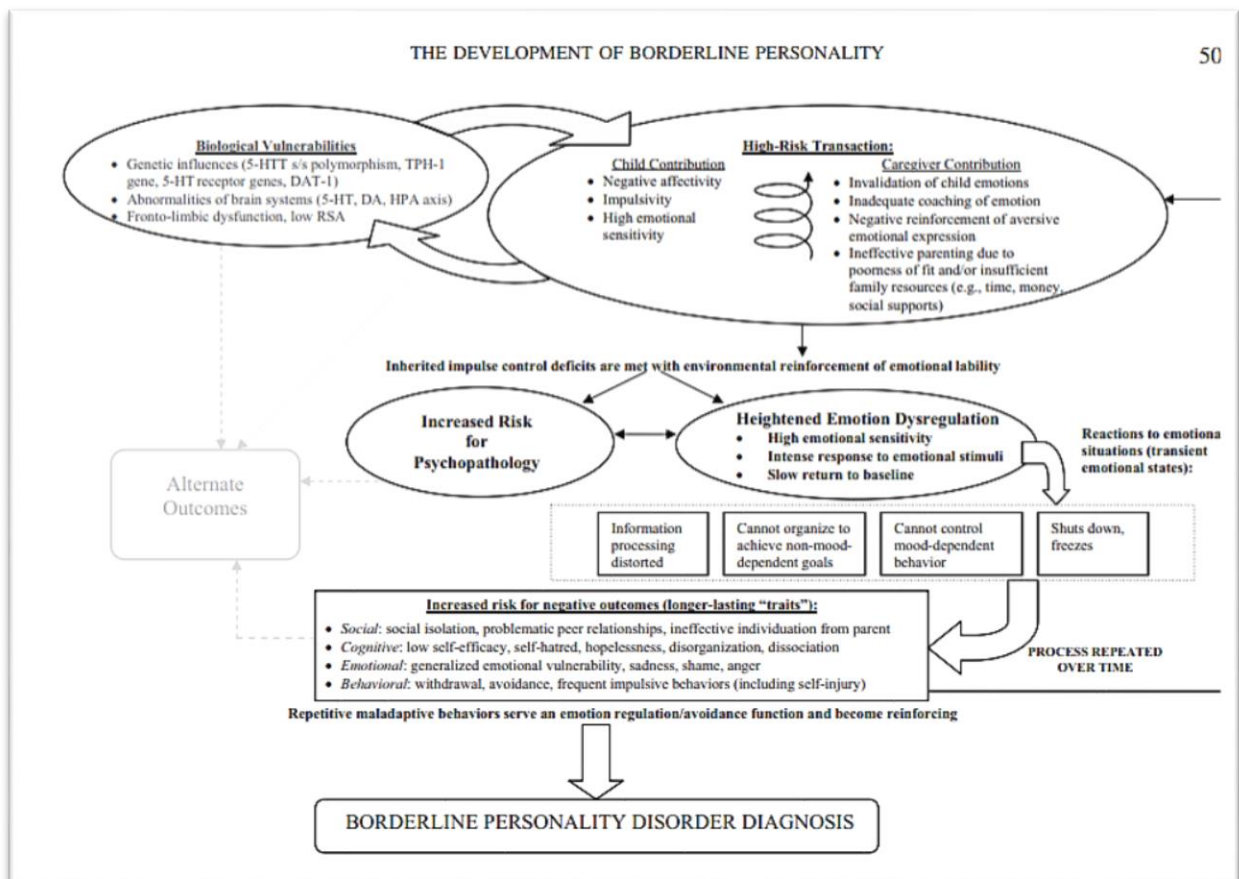


FIGURE 2 LE MODELE BIO-SOCIAL (CROWELL ET AL., 2009)

a) L'enfance :

(1) Des Transactions à haut risque

Ces transactions sont présentes durant l'enfance, opèrent entre l'enfant et l'entourage, et s'alimentent l'une l'autre. La haute sensibilité émotionnelle, l'impulsivité et l'affectivité négative de l'enfant alimentent et sont alimentées par l'invalidation de ses émotions, le coaching émotionnel inadéquat, le renforcement négatif de l'expression émotionnelle aversive et un style parental inefficace (M. Linehan, 2017). John Bowlby, psychiatre et psychanalyste a défini l'attachement comme étant l'ensemble des actions qui visent à trouver et maintenir une proximité. Ses travaux ont ensuite été étayés par Ainsworth qui a décrit 4 styles d'attachement observés dans l'enfance : sécure, anxieux-évitant, anxieux-ambivalent et désorganisé. Ces styles d'attachement auraient tendance à persister à l'âge adulte (Ducasse & Brand-Arpon, 2019). Ainsi, la quasi-totalité des personnes souffrant d'un TPB présentent un système d'attachement non sécure (Levy et al., 2015). Les distorsions cognitives et modes des schémas

inadaptés semblent résulter d'apprentissages faits durant l'enfance au travers de leurs expériences négatives (Puri et al., 2021).

(2) Le Psycho traumatisme

De nombreux adultes souffrant d'un TPB révèlent avoir subi des abus ou d'autres formes de violences durant l'enfance. De nombreux professionnels considèrent que le traumatisme est un important facteur de risque de la personnalité limite (Paris, 2007). Celui-ci serait à l'origine d'altérations dans la neuro-cognition, ce qui ferait le lit du TPB (Estric et al., 2022). La comorbidité psycho-traumatisme / TPB est tellement fréquente que certains suggèrent de l'envisager comme une forme de traumatisme complexe (Driessen et al., 2002). Le style d'attachement insécure peut aisément être mis en lien avec ce traumatisme via deux aspects. D'une part, l'abus subi par un adulte censé représenter un cadre sécure pour l'enfant et d'autre part, par la difficulté pour les proches à valider la souffrance de l'enfant ou à réagir de manière adaptée suite à des révélations alors qu'il cherche la protection à cet instant.

3. Vulnérabilités Biologiques

La technologie vient au renfort de la psychanalyse et c'est l'imagerie fonctionnelle qui témoigne que TSPT et TPB partagent une voie neuropathologique commune (Amad, Radua, et al., 2019). On retrouve un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, impliqué dans la régulation endocrinienne en réponse au stress (Carrasco et al., 2007) et une communication altérée entre les cortex frontaux et l'amygdale qui rappelons-le sont également impliqués dans les réactions face à une situation de danger (Bertsch et al., 2018; Corniquel et al., 2019). Ces spécificités expliquent en partie le stress majeur dont souffrent ces personnes dès l'enfance. Ces dysfonctions sont perceptibles dès l'adolescence où l'on retrouve une plus grande activation de la zone fronto-lobique chez les adolescents diagnostiqués borderline que chez les adolescents sans TPB (LeBoeuf et al., 2016).

Les répercussions sont telles que les individus souffrant d'un TPB peinent à différencier un visage non expressif ou « neutre » d'un visage « colérique ». Nous savons désormais que la réponse agressive de la personne souffrant d'un TPB dépend davantage du comportement agressif de l'autre personne que de l'expression faciale de celle-ci, interprétation et intentionnalité de l'autre exclues (Bertsch et al., 2022).

La recherche s'intéresse depuis peu à cette problématique et bien que l'étiologie neurophysiologique soit scientifiquement démontrée celle-ci ne nous permet pas d'établir de prédiction quant au risque de développer un TPB et de proposer un dépistage précoce.

L'étiologie génétique a été investiguée suite aux découvertes impliquant l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et la piste du psycho-traumatisme (Amad, Ramoz, et al., 2019). L'épigénétique propose que l'expression du gène serait modifiée par un événement traumatisant, en réponse à un stress intense. Ces modifications seraient, en parti, responsables de la dysrégulation émotionnelle dont souffrent les patients atteints d'un TPB (Amad et al., 2014).

4. Le traitement

La psychothérapie est le seul traitement jugé efficace pour un rétablissement de ces patients. Il n'y a pas de traitement pharmacologique spécifique du TPB. Les molécules utilisées visent à traiter les comorbidités ou à juguler l'impulsivité (Stoffers et al., 2010). Traiter le trouble de la personnalité permet parfois d'améliorer les autres comorbidités, alors que l'inverse ne se vérifie pas (Leichsenring et al., 2011), d'où l'importance de la psychothérapie. Plusieurs thérapies sont réputées efficaces pour accompagner ces patients, mais toutes ne cibleront pas les mêmes aspects et ne seront donc pas totalement comparables (Stoffers-Winterling et al., 2012). Voici un bref aperçu des trois psychothérapies reconnues efficaces pour accompagner les patients souffrant d'un TPB.

a) La Psychothérapie Focalisée sur le Transfert

D'origine psychanalytique, elle s'attarde, comme son nom l'indique, sur le « transfert », soit les interactions, les affects qu'elles suscitent induisant la construction intrapsychique de la personne. Accompagné par son thérapeute, le patient va analyser ses relations à autrui afin d'en faire évoluer la structure de sa personnalité (Yeomans et al., 2007). Bien évidemment, la relation thérapeute-patient fera aussi l'objet de séances.

b) La Thérapie Basée sur la Mentalisation

Elle permet d'explorer les liens via la dimension émotion-cognition, la dimension explicite-implicite, la dimension interne-externe et la dimension soi-autrui (Edel et al., 2017; Prada et al., 2017). Cette approche permet au patient d'accéder à plus de flexibilité et de nuance dans son fonctionnement. Cette thérapie est ponctuée de temps de suivis individuels et de temps

d'analyse en groupe. Durant les séances de groupe, les patients s'exposent des scènes quotidiennes, sous la supervision de thérapeutes. Ces temps permettent de modifier les interactions via les échanges que les thérapeutes utilisent pour qu'ils soient constructifs. Cette approche paraît séduisante par ses aspects « intervention des pairs », et « expérimentation in vivo et réajustements avec le thérapeute » mais nécessite de grandes compétences en matière de gestion des interactions dans un groupe.

c) La Thérapie Comportementale Dialectique

D'inspiration Thérapie Cognitivo-Comportementale, c'est la thérapie qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études randomisées (Simonsen et al., 2019). Elle offre un axe de travail intéressant pour la profession infirmière, et contemporain bien qu'il date des années 80. Elle s'articule autour de 4 modules que sont la tolérance à la détresse, la méditation pleine conscience, la gestion des émotions et les relations interpersonnelles (M. M. Linehan, 2000). Au travers d'une contractualisation, le risque suicidaire est rapidement contenu. Le contrat a pour but de rappeler à la personne en soins qu'il lui est possible d'agir autrement et qu'elle peut aussi faire ce qui est bon pour elle (Heard & Linehan, 1994). L'engagement du patient et l'empowerment sont au centre de ces accompagnements. Au travers de consultations hebdomadaires, de coaching téléphonique de crise, de groupes de pratique, la personne souffrant d'un TPB est invitée à réfléchir sur ce qui l'a mise en difficultés, prendre une position méta, et des exercices de « skillstraining » lui sont proposés. Cette thérapie débute par une présentation de la théorie bio-sociale et offre ainsi accès à une culpabilité moindre. Cela pose la première pierre du partenariat. Le thérapeute valide la souffrance de la personne, sans jugement. Cette validation des émotions ainsi que les éléments précités, donnent à cette thérapie une dimension humaniste. La TCD vise une appropriation de techniques en vue d'une gestion du quotidien plus optimale. L'aspect psychoéducatif de cette thérapie est en résonance avec l'exercice infirmier. En France, quelques courtes formations sont accessibles aux infirmiers (Lille, Strasbourg) mais l'offre de soins est peu structurée en regard de cette problématique. Précisons que la TCD permet également de s'attaquer au TSPT quand les deux troubles sont concomitants et s'avère plus efficace que la TCC (Kleindienst et al., 2021).

Ces thérapies sont des outils et doivent être adaptables, d'ailleurs certains auteurs affirment qu'une approche mixte TCD/TBM pourrait avoir un intérêt pour travailler le lien d'attachement en TCD (Swenson & Choi-Kain, 2015).

5. L'utilisation des soins

a) Des parcours complexes, des suivis compliqués

Ces patients sont de grands consommateurs de soins (Cailhol et al., 2015; Comtois et al., 2003). Leurs prises en soins sont complexes et mobilisent de nombreux intervenants, bien que l'impact social et professionnel de leur trouble soit souvent négligé (Gescher et al., 2013). Ce trouble est souvent confondu avec un autre trouble de la personnalité (Lucchelli, 2007), ou comorbide d'addictions, de troubles de l'humeur ou d'un trouble déficitaire de l'attention. 25 % des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances, pourraient être diagnostiquées TPB et 50 % présenteraient un trouble de la personnalité comorbide (Trull et al., 2018).

Les prises en soins sont également compliquées. Le système de soins qui peine déjà à assurer une continuité, avec de multiples intervenants, se voit bousculé par l'imprévisibilité des comportements liés au trouble (prise de risque, impulsivité, labilité émotionnelle par exemple).

La prise en soins de ces patients pourrait se présenter de manière caricaturale en 2 grandes étapes. La première est la création du lien thérapeutique, étape indispensable. La seconde consiste au maintien du lien thérapeutique et à l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation jusqu'à amendement de la plupart des symptômes : la réhabilitation psychosociale. Celle-ci s'intéresse aux événements de vie de la personne. Ces deux étapes sont favorables à une meilleure qualité de vie, via le rétablissement.

La littérature nous renseigne peu concernant les ruptures de soins de ces personnes, mais peur de l'abandon, difficultés à adhérer au soins, régression durant les hospitalisations, ruptures récurrentes et impulsivités sont couramment observés (Choi-Kain et al., 2010). Comme le montre la *figure 3* la symptomatologie du TPB impacte le parcours de vie, le parcours de santé et le parcours de soins de manières imprévisibles. Le partenariat thérapeutique reste très difficile à créer avec ces personnes. Hors sans ce partenariat, ni le soin, ni la réhabilitation psychosociale ne peuvent avoir lieu, ce qui laisse le rétablissement complètement dépendant des expériences de la personne. Cela peut expliquer que le parcours de soins soit ponctué de nombreux passages aux urgences et d'autres consommations de services de crise. Ces difficultés sont observables en premier comme en second recours (Imbeau & Bouchard, 2014). Ces patients sont de grands consommateurs de soins de crise, et d'autant plus quand ils n'ont pas connaissance de leur diagnostic (Artioli et al., 2022). Non seulement, la symptomatologie peut largement expliciter l'inconstance des suivis alternée de passages à l'acte mais tout autant les sorties précipitées.

Notre étude portera sur un territoire dont l'offre de soins s'articule autour d'un Projet Territorial de Santé Mentale, le PTSM de l'Artois Audomarois dont l'un des objectifs ciblé est le maintien des patients dans leurs parcours de soins. Vous trouverez la description du territoire en Annexe 1. Nous proposons de rechercher des indices au niveau de la relation infirmier-patient, première piste pour conduire à l'établissement d'une réponse à un niveau supérieur.

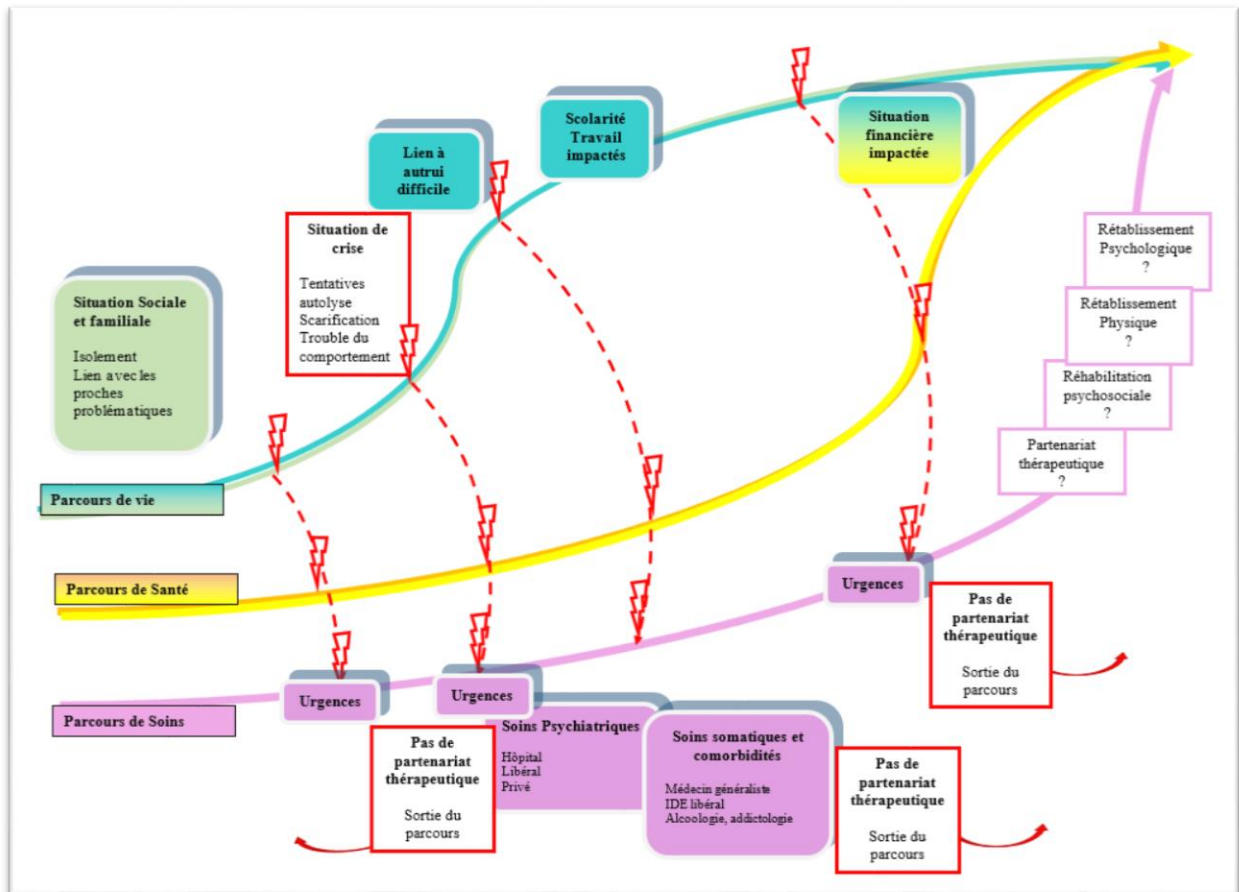


FIGURE 3 LE PARCOURS COMPLEXE

b) La relation infirmiers- personnes souffrant d'un TPB

Les soignants francophones, et plus particulièrement les infirmiers souffrent d'un manque de connaissances sur ce trouble (Greiner et al., 2022). Voir figure 4. Former les infirmiers à la thérapie comportementale dialectique suffit à modifier leurs attitudes face à ces patients mais non durablement. Quelques études se sont intéressées au renforcement des compétences des infirmiers pour accompagner ces patients. Toujours sous l'aspect que nous appellerions

connaissances et thérapie. La méthodologie de ces études ne permet pas un niveau de preuve suffisant (Dickens, Hallett, et al., 2016). Le manque de connaissances est très souvent pointé. Une autre est la faible croyance en leurs capacités d'accompagner ces personnes et les stigmas types « manipulateurs » qui persistent (McCarrick et al., 2022; Westwood & Baker, 2010). Nous émettons l'hypothèse que le caring de ces infirmiers intervient dans l'équation.

ARTICLE IN PRESS		
U MOUCL ENCEP-1529; No. of Pages 6		
C. Greiner et al.		L'Encéphale xxx (xxxx) xxx-xxxx
Questions	Choix de réponses	Réponses correctes
Quel est le trouble ayant la plus grande composante génétique ?	TPB ; Trouble anxieux généralisé; État dépressif majeur	26.77%
Combien de thérapies différentes validées empiriquement par des essais cliniques randomisés existent pour le TPB ?	1; 5 ; 13	67.71%
Quel est le rapport homme-femme pour les patients borderline en population générale ?	1:1 ; 1:2; 1:3	7.87%
Les psychiatres en pratique ambulatoires voient plus de patients borderline que les médecins généralistes en consultation ambulatoire ?	Oui; Non	80.31%
Est-il possible de poser le diagnostic de TPB durant un épisode dépressif ?	Oui ; Non	42.52%
Quel est le trouble dont le diagnostic a la meilleure fiabilité interjuge ?	Schizophrénie; TPB ; État dépressif majeur	11.02%
Quel est le pourcentage de psychiatres qui ne dévoilent pas le diagnostic de TPB à leurs patients ?	40%; 50%; 60%	57.48%
Combien de psychotropes différents les patients borderline reçoivent-ils en moyenne ?	0; 2; 3	54.33%
Combien de médicaments ont une indication dans le traitement du TPB ?	0 ; 1; 3	62.99%
Quel pourcentage de patients borderline est en rémission après 10 ans ?	45-55%; 65-75%; 85-95%	10.24%
Quel est le facteur de risque le moins important pour développer un TPB dans les études prospectives ?	Abus sexuel; OH parents; Niveau d'éducation des parents	77.16%
Quel pourcentage de patients borderline présente des comportements auto-dommageables récurrents ?	50%; 70% ; 90%	52.76%
Quel est le taux de suicide des patients borderline ?	1%; 5-10% ; >10%	57.48%

FIGURE 4 CONNAISSANCES DES INFIRMIERS SUR LE TPB (GREINER ET AL., 2022)

Comme nous l'avons vu un peu plus tôt, les patients souffrant d'un TPB craignent le rejet, l'abandon, ont une faible estime d'eux et vont avoir tendance à se mettre en insécurité, se scarifier. Tous ces éléments, qui peuvent avoir lieu dans les services impactent directement les soignants les plus présents dans les services, les infirmiers. C'est-à-dire que les comportements des personnes souffrant d'un TPB viennent renforcer les croyances des soignants type « manipulation ». Ainsi les infirmiers se trouvent dans une incapacité de valider la souffrance du patient et surtout, tentent de reprendre le contrôle de la situation. Entre les mesures visant à mettre le patient en sécurité, la crainte pour les autres patients et la désorganisation des soins les attitudes des infirmiers alimentent, à leur insu, la symptomatologie des patients souffrant de ce trouble, ce que nous reprendrons en *figure 5*.

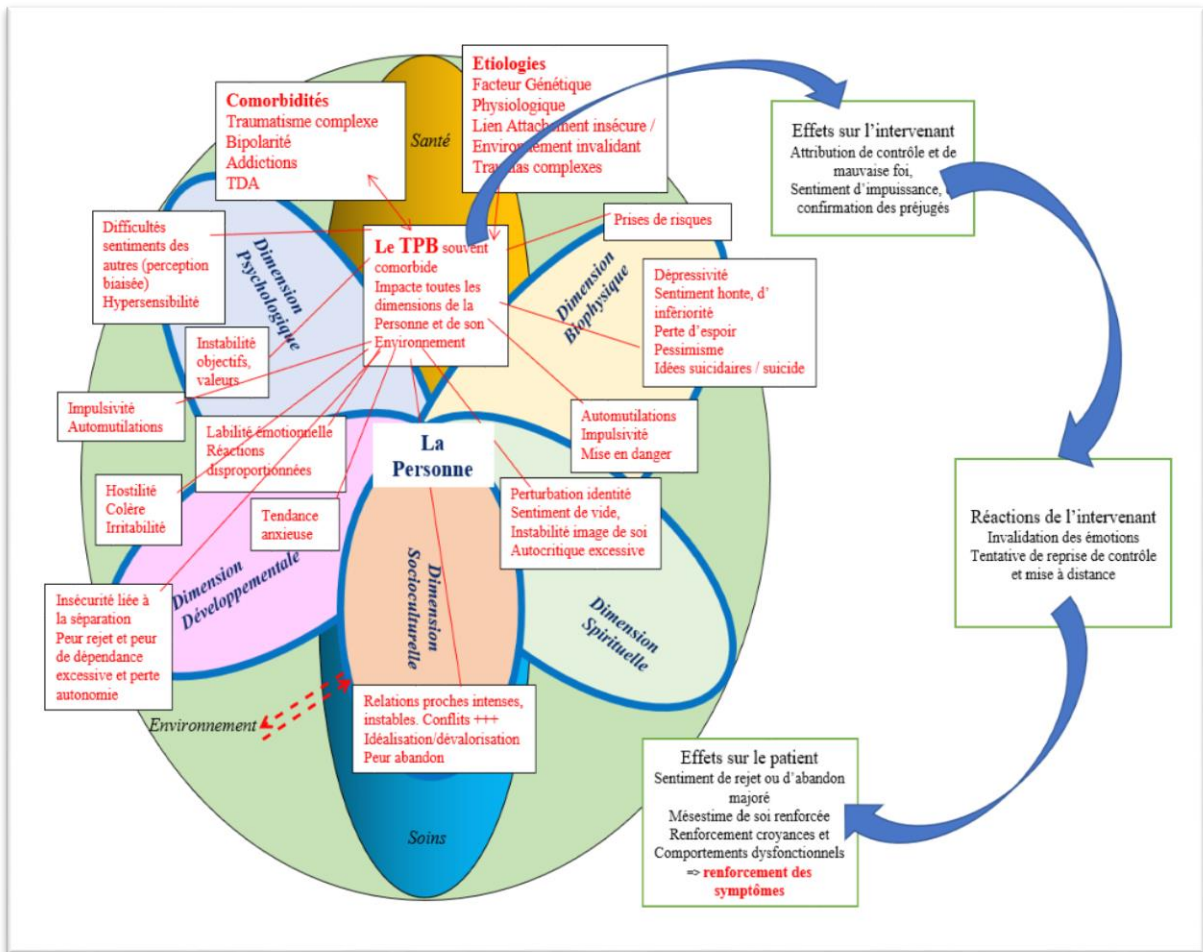


FIGURE 5 LE CERCLE VICIEUX DU TPB

La littérature renseigne sur de courtes formations de thérapies basées sur la mentalisation dispensées aux infirmiers. Ces formations auraient renforcé leur empathie, bien que cette compétence relève de leur cœur de métier (Warrender, 2015). Tout comme les psychothérapies ciblées citées plus haut, les sciences infirmières s'inspirent de la philosophie humaniste. Il paraît donc judicieux d'aller explorer les sciences infirmières qui se sont le plus inspirées de la philosophie humaniste.

B. Le soin infirmier, une science et un art d'être en relation avec la personne soignée

1. Le Caring transpersonnel de Watson ou quand le socle du soin infirmier se situe dans la philosophie humaniste

La théorie du Caring transpersonnel vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine de toute personne. Pour Dre Jean Watson, ces principes moraux permettent à l'infirmier de s'engager dans une relation auprès de la personne soignée afin de l'aider à trouver une signification à son expérience de santé et ainsi accéder à une actualisation de soi (Cara & O'Reilly, 2008). Dans son œuvre littéraire Nursing : the philosophy of science and caring, Jean Watson, Docteure en sciences infirmières, explicite sa théorie et propose 10 « facteurs caratifs » recherchés pour une prise en soins infirmiers idéale. En effet, ces facteurs sont nécessaires au développement d'une relation favorisant l'évolution, le développement vers une meilleure santé de la personne soignée. Dre J Watson envisage la maladie comme une expérience vécue par un être humain et propose le soin comme un accompagnement permettant de surmonter cette expérience, de s'y adapter et de retrouver un nouvel équilibre. Le Human Caring ou caring transpersonnel est ainsi une rencontre entre deux êtres. Il est très lié au savoir esthétique de l'infirmier, soit la façon qu'il aura d'interagir avec la personne soignée. Selon Watson, le soin infirmier débute par la relation, la création du lien. Elle considère la personne comme selon trois aspects qui interfèrent ensemble ; le corps (le biophysique), l'esprit (les fonctions cognitives) et l'âme qui correspond davantage aux valeurs, croyance qui animent la personne. Ainsi, elle préconise de s'intéresser à la personne sous toute ces dimensions afin de créer un lien propice au soin.

Voici les 10 facteurs caratifs, non développés, l'intitulé renseignant suffisamment le contenu :

- Facteur caratif 1, l'humanisme, soit le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.
- Facteur caratif 2, l'espoir, soit la prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.
- Facteur caratif 3, la sensibilité, soit la culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
- Facteur caratif 4, la relation, soit le développement d'une relation d'aide et de confiance.
- Facteur caratif 5, les émotions soit la promotion et l'acceptation de sentiments positifs et négatifs.
- Facteur caratif 6, la résolution de problèmes soit l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.

- Facteur caratif 7, l'enseignement soit la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.
- Facteur caratif 8, l'environnement soit la création d'un environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
- Facteur caratif 9, l'assistance dans la satisfaction des besoins humains
- Facteur caratif 10, la prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques. (Watson, 2008)

C'est à partir de ces 10 facteurs caratifs que l'équipe de Sylvie Cossette a créé l'Echelle d'Interaction Infirmier-Patient en 70 Items au travers de chacune des 10 dimensions précitées.

On peut rapidement deviner que les facteurs caratifs interfèrent ensemble et sont liés directement et indirectement au vécu émotionnel de la personne soignée mais aussi de l'infirmier. Les comportements et attitudes des infirmiers doivent être congruents, authentiques afin de favoriser le lien de réciprocité propice à une croissance de la personne en dépit de ses expériences liées à la maladie. Ce savoir-être et ce savoir-faire s'appuient sur ces valeurs humanistes mais également sur les connaissances de l'infirmier et sur une rigueur professionnelle et une éthique. Chantal Cara et son équipe se sont appuyés, entre autre, sur le caring tel que conceptualisé par Watson pour concevoir le Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de Montréal et l'ont renforcé en redéfinissant des concepts de bases et en le rendant moins pragmatique. La conceptualisation de Cara et Girard vient compléter le caring transpersonnel de Watson. Ainsi le « patient » est remplacé par « la personne » et le caring est défini comme un « engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la personne afin de favoriser sa santé ». Le caring s'appuie sur les valeurs humanistes précitées, qui influencent les attitudes, lesquelles orientent les comportements des infirmiers. *La figure 6* représente une partie de cette opérationnalisation. Ce modèle propose également que l'infirmier développe et actualise ses compétences professionnelles quotidiennes par la pratique réflexive, soit dans une démarche d'apprentissage continu et participe au développement d'outils d'inspiration philosophiste soutenu par des résultats probants. Depuis ses inspirations humanistes, il prône le partenariat avec les personnes soignées et l'interprofessionnalité. Le partenariat implique la participation de la personne durant son suivi mais aussi dans l'amélioration du système de soins (Cara et al., 2016).

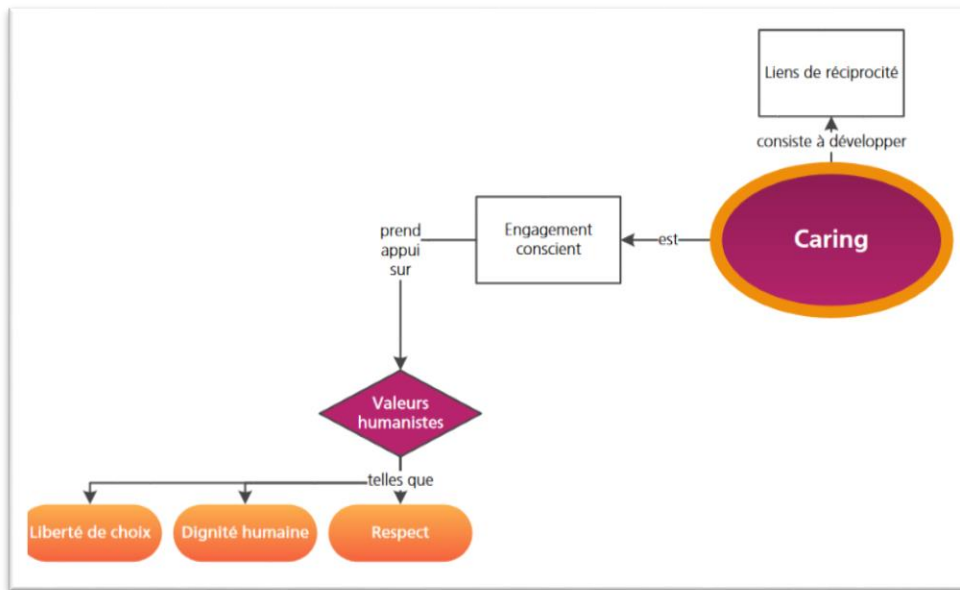


FIGURE 6 LE CARING DU MHSI U-DE-M SOURCE : SYNOPSIS MHSI UDEM

2. L'auto efficacité

L'efficacité personnelle ou auto efficacité est un concept élaboré par Bandura dans les années 60/70. Il définit l'auto efficacité comme jugement émis par une personne concernant sa capacité à accomplir une tâche ou à atteindre un objectif (Rusinek, 2018). Selon lui, ce sentiment d'auto efficacité est lié à l'apprentissage par l'expérience et son analyse, l'acceptation d'un défi, les efforts exponentiels pour affronter ce défi, le réajustement face à l'échec et « l'aller-vers » les situations avec l'impression de contrôle sur celle-ci (Guerrin, 2012).

Icek Ajzen, docteur en psychologie sociale, s'est inspiré des travaux de Bandura pour élaborer sa théorie du comportement planifié. Cette théorie vise à expliciter les conditions favorables ou non à certains comportements. Selon lui, ils sont liés aux intentions, au contrôle comportemental perçu (ou sentiment d'auto efficacité), aux normes subjectives et aux attitudes à l'égard du comportement (Ajzen, 1991). Vous en trouverez l'opérationnalisation en *figure 7*. Le comportement est directement lié à l'intention et au sentiment d'auto efficacité. Le sentiment d'auto-efficacité a un impact direct sur les attitudes et comportements de l'infirmier (Formarier & Jovic, 2012).

Appliqué à cette situation, on peut en déduire que :

- Pour adopter le comportement adéquat afin d'accompagner les personnes souffrant d'un TPB, les infirmiers doivent en avoir l'intention. Il s'agit de l'engagement des infirmiers à assurer leur fonction, ce que nous ne remettons pas en doute dans cette recherche.

- Les normes subjectives sont à mettre en lien avec les croyances des infirmiers sur les personnes souffrant d'un TPB mais aussi les croyances stigmatisantes sur cette population
- Ces normes influent également sur les attitudes des infirmiers en regard de ce comportement.

Le sentiment d'auto efficacité perçu nous renseigne donc sur l'impression de contrôle qu'aura un individu sur une tâche. Il s'agit d'un bon indicateur quant à notre situation en ce qui concerne l'angle de vue des infirmiers pour accompagner les personnes souffrant d'un TPB. Mais pas seulement. N'oublions pas la capacité de ces patients à déceler des émotions et/ou des intentions défavorables à leur égard. Si l'infirmier se sent plus en capacité de les accompagner, son attitude en sera l'expression. Nous questionnons les infirmiers sur leur sentiment d'auto efficacité à accompagner les personnes souffrant d'un TPB. L'accompagnement d'une personne souffrant d'un TPB consiste à créer et maintenir le lien de réciprocité avant toute chose. Nous estimons qu'ils ne pourraient pas ne pas s'apercevoir qu'ils n'y sont pas parvenu vu la présentation explosive du trouble. Nous considérerons que ce sentiment d'auto efficacité sera, indirectement, un indicateur de l'efficacité à accompagner ces personnes.

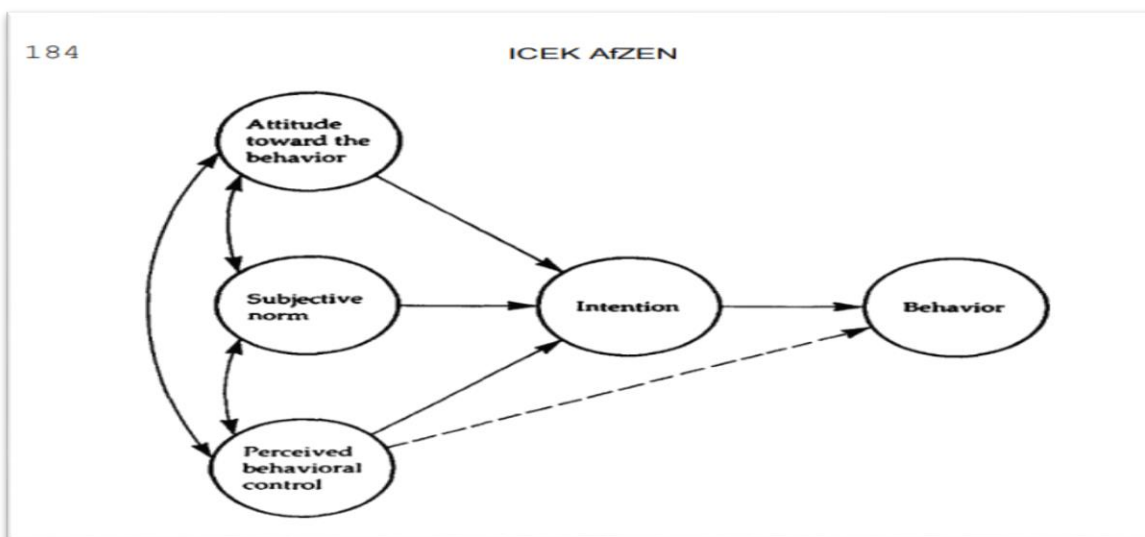


FIGURE 7 LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (Ajzen, 1991)

3. Variables parasites

Parmi les facteurs pouvant influencer les liens entre nos variables « sentiment d'auto efficacité » et « niveau de caring », l'effet de contexte est à considérer. En effet, le tempérament de chaque répondant et les événements contextuels peuvent influencer ces variables.

C. Hypothèses, objectifs et critères d'évaluation

Nous avons vu que les études proposent de renforcer les connaissances des infirmiers pour mieux accompagner ces patients.

Nous avons également mis en évidence que le caring consiste en la capacité de créer un lien de réciprocité avec la personne soignée, qui s'appuie sur des valeurs humanistes.

Et finalement nous savons que la communication entre infirmiers et patients souffrant d'un TPB est défailante et peut même renforcer le trouble.

De ces trois constats, nous pouvons émettre l'hypothèse que les infirmiers qui se sentent efficaces dans l'accompagnement de ces personnes disposeraient d'attributs particuliers ;

- Soit ils auraient bénéficié de formation d'orientation psycho-thérapeutique
- Soit ils disposeraient d'une possibilité d'appliquer un niveau de caring plus élevé

Les objectifs de cette étude sont :

- D'identifier si la formation permet un meilleur sentiment d'auto efficacité pour les infirmiers formés
- D'identifier si le niveau de caring est corrélé à ce même sentiment d'auto efficacité
- D'identifier les besoins formulés par les infirmiers en regard de cette problématique

Cette étude s'appuiera principalement sur des échelles d'autoévaluation du sentiment d'auto efficacité, de relation infirmier /patient et de participation ou non à des formations spécifiques.

Partie 2 : Méthode

Cette étude prospective, multicentrique vise à établir s'il y a corrélation entre niveau de caring et sentiment d'auto efficacité à accompagner les personnes souffrant d'un TPB. Elle vise aussi à définir s'il y a une différence de sentiment d'auto efficacité chez les infirmiers « formés » et les « non formés ». Ce travail de recherche s'intéressant à l'exercice professionnel de soignants, ayant le choix de répondre ou non, et ayant eu l'autorisation d'y participer par leur hiérarchie, aucune démarche supplémentaire n'a été nécessaire. Le logiciel « sphinx dé clic » a été utilisé pour la confection du questionnaire, le recueil des informations et le stockage des données car il garantit un niveau de sécurité avec chiffrement des mots de passe des comptes personnels (HASH PBKDF2), une pseudonymisation des réponses. Les données ont ensuite été traitées par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et stockées sur un espace sécurisé.

D. Population

Cette étude était à destination des infirmiers exerçant en psychiatrie, alcoologie et addictologie. Leur pratique professionnelle devait avoir lieu sur le territoire du PTSM de l'Artois Audomarois, donc au sein des établissements situés sur les secteurs de psychiatrie allant du 62g06 au 62g20 (du secteur de Saint-Omer au secteur de Bapaume). Nous avons fait le choix de ne cibler que les établissements publics et ESPIC de ce territoire.

E. Mesures

Un questionnaire a été réalisé via le logiciel d'enquête et d'analyse des données « sphinx dé clic » en collaboration avec la Cellule d'Aide Méthodologique de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale. En voici les différentes sections :

- Caractéristiques socio-démographiques du répondant.
- Echelle Interaction Infirmière Patient 70 items. Utilisée pour mesurer la faisabilité d'attitudes et comportements « Human Caring » pour les patients, tous profils confondus. Les 70 items ont ainsi été évalué par les répondants sur une échelle de Likert sur 5 niveaux allant de « pas du tout réalisable » jusqu'à « extrêmement réalisable ». Ces 5 niveaux ont ensuite été convertis en valeurs numériques allant de 1 « pas du tout réalisable » à 5 « extrêmement réalisable ». La valeur minimale de 1 a été attribuée

quand il n'y avait pas de réponse. Le total minimal possible est ainsi de 70 points et le total maximal de 350 points. Ces totaux ont ensuite été reconvertis en moyennes.

- Niveau de connaissances : évalué succinctement via un mini questionnaire en 10 points. Si la réponse est bonne elle vaut 1 point, et 0 si elle est fausse.
- Représentations concernant les personnes souffrant de ce trouble en 5 items. Les participants doivent renseigner leur niveau d'adhésion à des affirmations allant de « pas du tout vrai » à « extrêmement vrai ».
- Sentiment d'auto-efficacité à accompagner plus spécifiquement les personnes souffrant d'un TPB : mesuré via une échelle numérique graduée de 0 à 10, 0 étant le sentiment d'auto efficacité minimum et 10 le maximum. Cette mesure est notre critère de jugement principal.
- Besoins identifiés par le répondant en regard de cette population : recensé via 3 questions fermées concernant respectivement le besoin d'être mieux formé sur ce trouble, un lieu d'exercice plus adapté et la participation à des groupes d'analyse de pratique.

Vous trouverez le questionnaire en Annexe 2

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel®, R et R studio version 4.2.1 avec l'aide de la F2RSM.

F. Procédure

Une version test manuscrite a d'abord été distribuée à 6 infirmiers n'exerçant pas sur la zone d'étude. Le test ayant été concluant les questionnaires ont été créés sur Sphinx-déclic™. Un lien a été distribué via les directeurs de soins des établissements cibles pour qu'ils le distribuent aux infirmiers via l'encadrement par mail sur leurs boites professionnelles. Ce lien a été actif du 23 Février au 26 Mars 2023. Les accords avaient été demandés préalablement par mail et appels téléphoniques. Il y a eu 4 mails de relance espacés de 7 jours.

G. Analyses statistiques

Toutes les données recueillies ont été pseudonymisées et renseignées sur un tableur Excel par le logiciel « sphinx-déclic ». Le traitement statistique a ainsi pu être établi via une collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et psychiatrie.

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- Un 1^{er} temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- Un 2^{ème} temps : réalisation d'analyses bivariées :
 - Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont <5).
 - Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont ≥ 30 individus /groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont comparables) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation du test de Student ne sont pas réunies).

Partie 3 : Résultats

H. Données descriptives

1. La population étudiée

Sur un territoire de 4063 km², 149 infirmiers ont participé à l'étude. Tous ont été inclus car exerçaient en psychiatrie, addictologie ou alcoologie donc pour l' EPSM Val de Lys Artois, le Centre de psychothérapie de Bully-les-Mines, le CH Lens, le CH Hénin-Beaumont, le CH Arras et le CH Bapaume, territoire couvert par le PTSM.

Cet échantillon est ainsi composé de 115 infirmières et de 34 infirmiers. 85.1% d'entre eux exercent en psychiatrie.

81.9% de l'échantillon total (N=149) exerce depuis plus de 10 ans.

TABLEAU 1 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

Analyses univariées		
	N	149
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	34 (22.8)
	Femme	115 (77.2)
Age, moy (sd)		41.6 (9.0)
<i>Min : 23 ; Max : 60 ; Médiane : 42</i>		
Nombre d'année d'expérience IDE, moy (sd)		17.2 (8.6)
<i>Min : 0 ; Max : 36 ; Médiane : 17</i>		
Nombre d'année d'expérience IDE - classes, n (%)		
	< 10 ans	27 (18.1)
	[10 - 20 ans[62 (41.6)
	[10 - 30 ans[46 (30.9)
	≥ 30 ans	14 (9.4)
Nombre d'année d'expérience IPA - classes, n (%)		
<i>Pour les 22 professionnels ayant répondu</i>		
	Moins d'un an	19 (86.4)
	1 an	3 (13.6)

Exercice professionnel	
Type d'exercice, n (%)	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Psychiatrie / Santé mentale	128 (85.9)
Addictologie	13 (8.7)
Alcoologie	2 (1.3)
Hospitalisation complète	45 (30.2)
Hospitalisation incomplète, ambulatoire	38 (25.5)
Nombre d'année d'expérience en psychiatrie / addictologie, moy (sd)	
	15.7 (8.2)
<i>Min : 0 ; Max : 34 ; Médiane : 16</i>	
Nombre d'année d'expérience en psychiatrie / addictologie - classes, n (%)	
< 10 ans	35 (23.5)
[10 - 20 ans[61 (40.9)
[10 - 30 ans[44 (29.5)
≥ 30 ans	9 (6.0)

2. Les mesures et variables

- Le groupe « formés » est constitué des répondants ayant coché « oui, thérapie basée sur la mentalisation », « oui, thérapie focalisée sur le transfert », « oui thérapies brèves », « oui, TCD/TCC » et « oui, autres. Il est constitué de 54 individus.
- Le groupe « non formés » est constitué de 95 individus.
- Le score total de caring issue de l'EIIP70 évalué via l'échelle de Likert se situe entre 206 (valeur min) et 350 (valeur max) avec un score total moyen à 286.
- Le sentiment d'auto efficacité a été évalué sur une échelle numérique graduée de 0 (valeur min) à 10 (valeur max). Toutes les valeurs numériques ont été répondues par l'échantillon. Le score moyen est de 5.94, moins d'un point au-dessus de la moyenne.

I. Analyses principales

1. Analyse bivariée : Sentiment d'auto efficacité dans les groupes « formés » et « non formés »

TABLEAU 2 SENTIMENT D'AUTO EFFICACITE CHEZ "FORMES" ET "NON FORMES"

	Participants se déclarant formés (ayant bénéficié d'une formation complémentaire) N = 55	Participants se déclarant non formés (n'ayant pas bénéficié d'une formation complémentaire) N = 94	P
Capacité d'accompagnement perçue, moy (sd)	6.36 (1.59)	5.69 (1.98)	0.052

En comparaison, la moyenne du sentiment d'auto efficacité du groupe « formés » est supérieure à la moyenne du sentiment d'auto efficacité pour le groupe « non formés ». Le seuil de significativité étant à $p \geq 0.05$ cette donnée n'est pas significative ($p=0.052$).

2. Analyse corrélacionnelle : Niveau de caring et sentiment d'auto efficacité

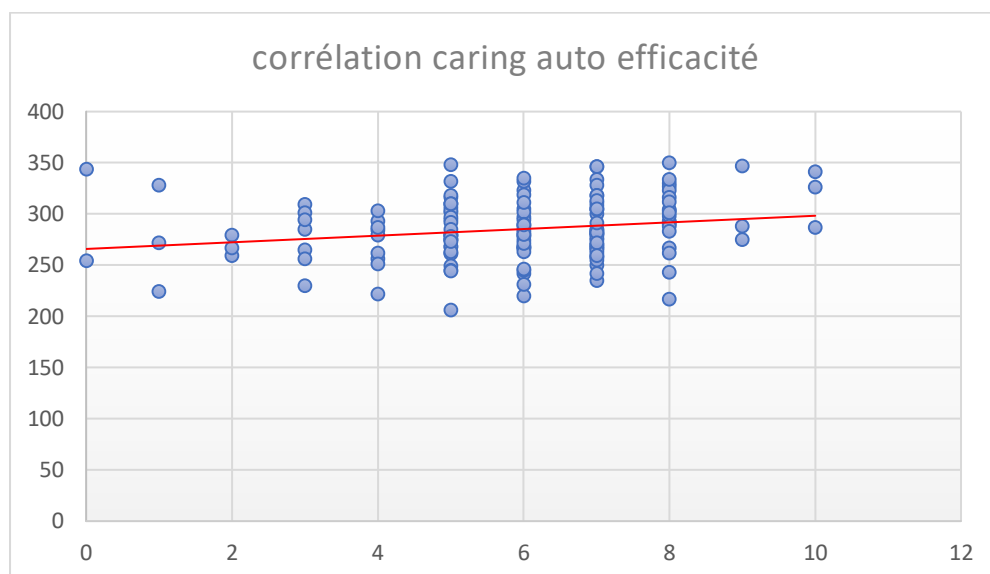


FIGURE 8 CORRELATION ENTRE CARING ET SENTIMENT D'AUTO EFFICACITE

Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Score Caring et capacité d'accompagnement perçue	0.2	0,01 [0,04 - 0,35]*

**Résultats significatifs*

Il y a bien une corrélation positive entre niveau de caring et sentiment d'auto efficacité. Ce lien est faible (coefficient de corrélation estimé à 0.2), il permet de déceler une tendance. Ce lien est significatif mais « peu fort ».

J. Analyses complémentaires

1. Représentation des personnes souffrant d'un TPB chez les infirmiers

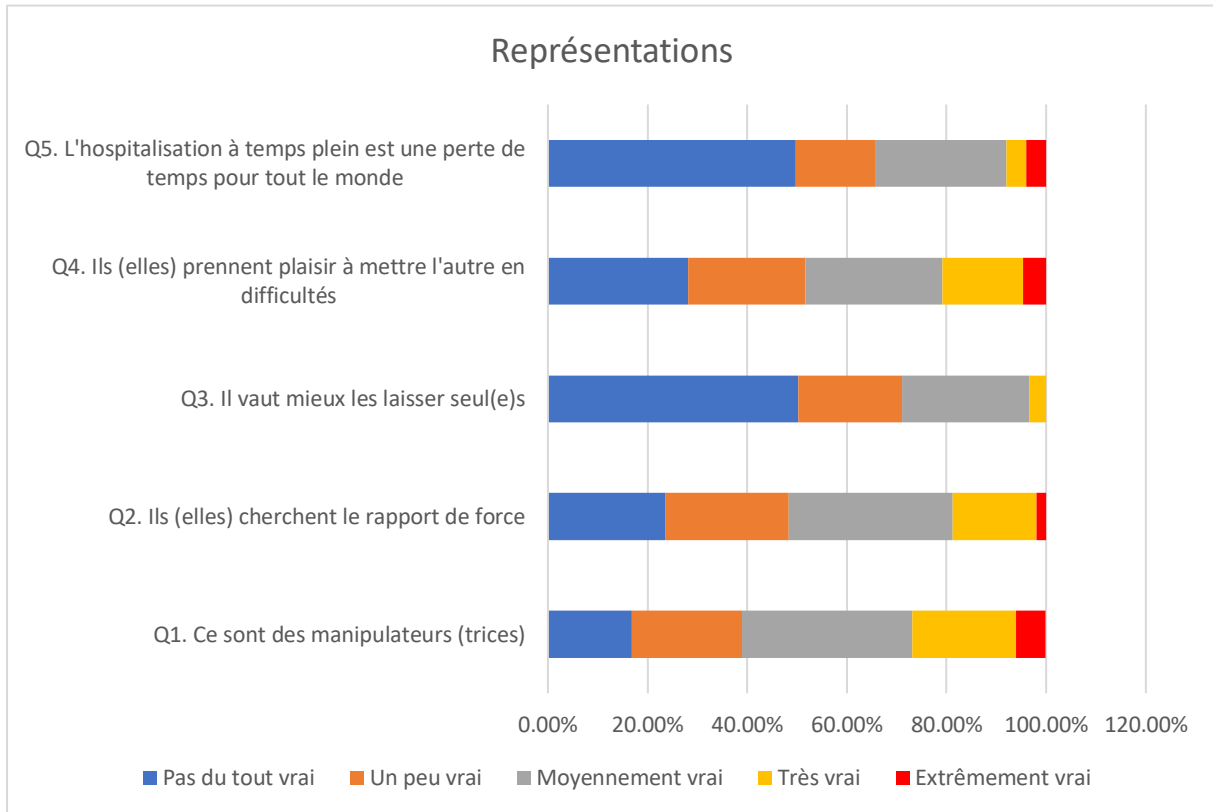


FIGURE 9 REPRÉSENTATION DES PERSONNES SOUFFRANT D'UN TPB PAR LES INFIRMIERS

Pour la moitié de l'échantillon (n=74), il n'est pas du tout vrai que « l'hospitalisation est une perte de temps ». 75 répondants pensent qu'il n'est pas du tout vrai qu'il vaut mieux les laisser seuls alors qu'aucun n'a répondu que c'était extrêmement vrai.

2. Connaissances

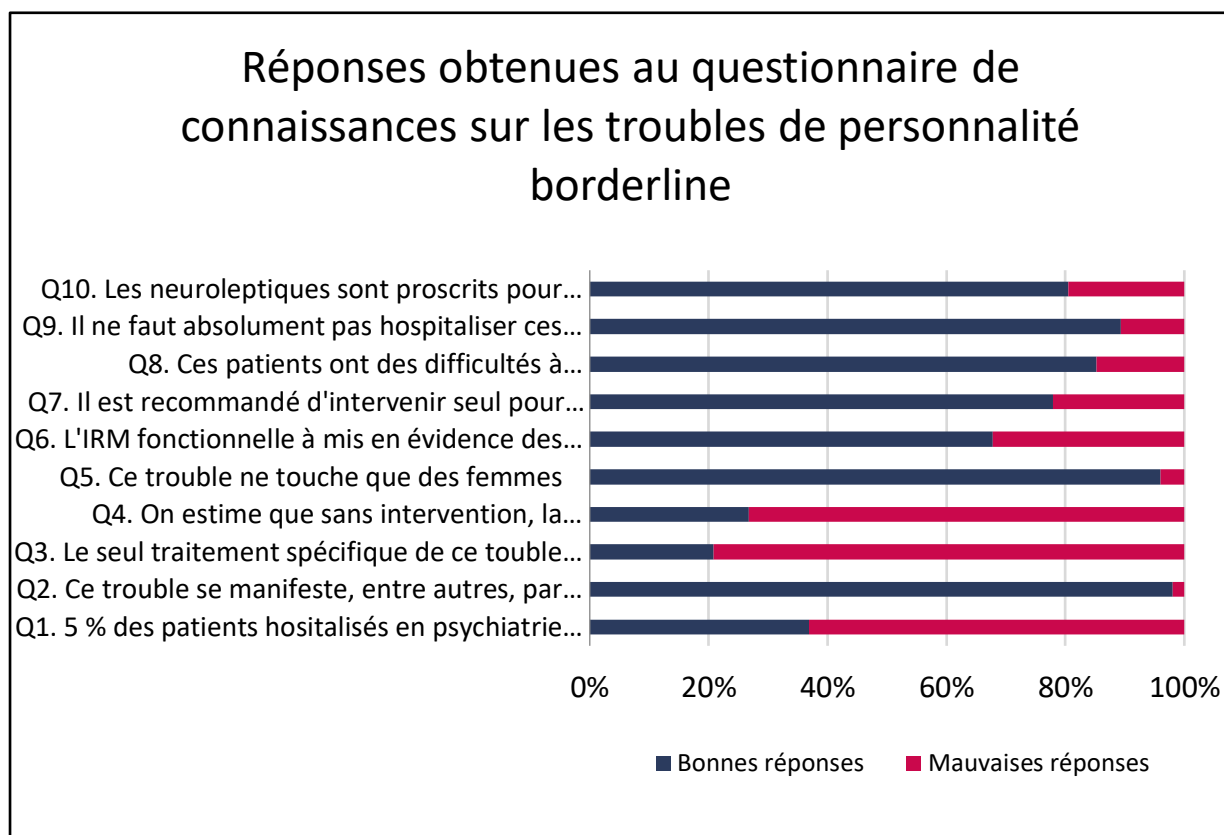


FIGURE 10 CONNAISSANCES GENERALES DES INFIRMIERS SUR LE TPB

Pour l'échantillon total (N=149), trois questions ont obtenues un taux de réponse majoritairement erroné ;

- 94 répondants pensent qu'on « estime que près de 5% des patients hospitalisés en psychiatrie souffriraient d'un TPB » alors que nous avons vu qu'ils sont près de 20% hospitalisés en psychiatrie et 12% suivis en ambulatoire,
- 146 pensent que la psychothérapie n'est pas le seul traitement spécifique de ce trouble alors qu'aucun traitement médicamenteux n'est spécifique de ce trouble et que les autres approches non. médicamenteuses ne sont pas envisagées,
- 109 pensent que la clinique de ce trouble n'évolue pas globalement en 10 ans sans intervention.

On peut également remarquer que près de 20 % des répondants pensent que les neuroleptiques sont proscrits pour ces patients.

3. Niveau de caring

a) Des scores totaux au-dessus de la moyenne de l'échelle

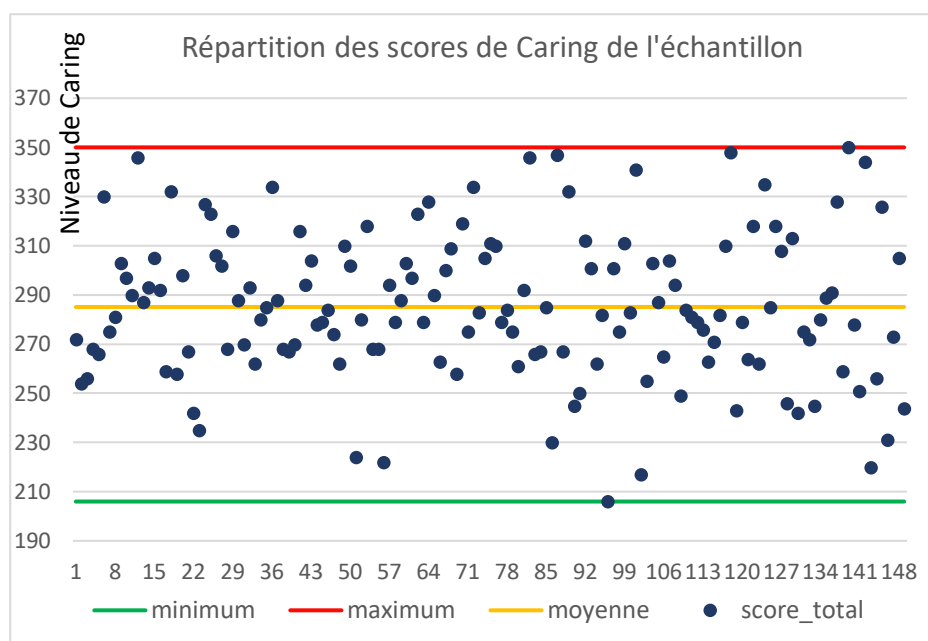


FIGURE 11 SCORES DE CARING DE L'ECHANTILLON TOTAL

Les scores totaux possibles étaient de 70 pour le minimum et 350 pour le maximum. Une note moyenne correspondrait donc à 140. La note moyenne de l'échantillon se situe aux alentours de 286.

Les répondants (N=149) ont des scores allant de 206 à 350, c'est-à-dire que la moyenne a largement été dépassée par l'échantillon total et que l'écart-type est faible.

- b) Analyse bivariée : Caring dans les groupes « formés » et « non formés »

TABLEAU 3 SCORE DE CARING DANS LES GROUPES "FORMES" ET "NON FORMES"

	Participants se déclarant formés (ayant bénéficié d'une formation complémentaire) N = 55	Participants se déclarant non formés (n'ayant pas bénéficié d'une formation complémentaire) N = 94	P
Score CARING, moy (sd)	289.80 (25.31)	282.37 (31.90)	0.120

L'écart entre les moyennes des deux groupes n'est pas significatif. Aucun lien entre niveau de caring et formation spécifique n'est identifié.

4. Les besoins identifiés pour mieux accompagner ces patients
a) La demande de formation

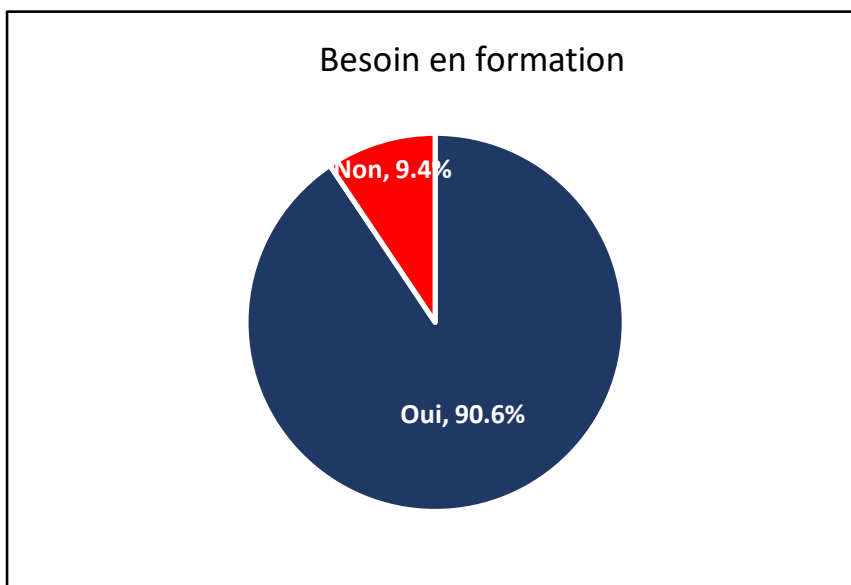


FIGURE 12 BESOIN DE FORMATION EXPRIME PAR LES INFIRMIERS

Sur l'échantillon total (N=149), 135 individus identifient un besoin de formation.

b) La demande d'analyse de pratique

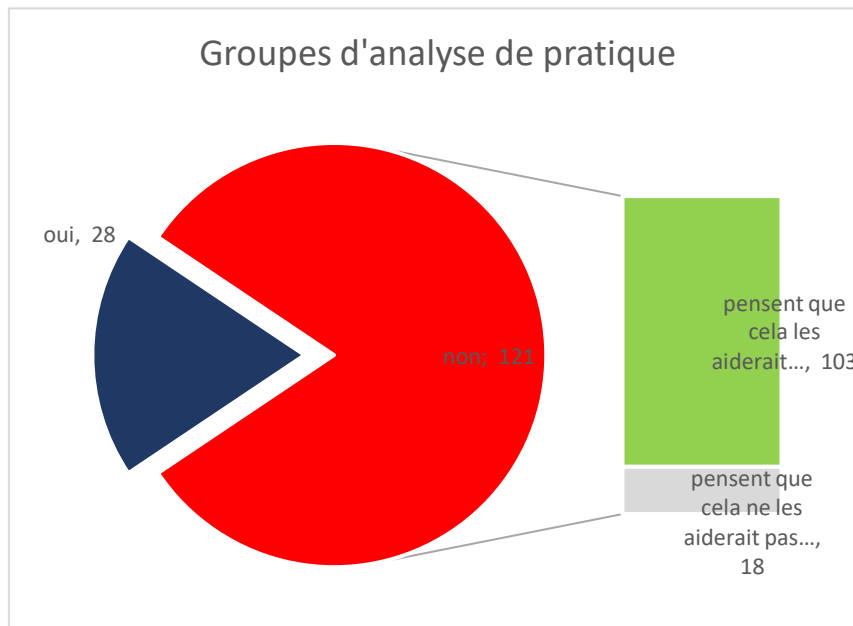


FIGURE 13 GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUE DANS L'ECHANTILLON TOTAL

28 infirmiers bénéficient de groupes d'analyse de pratique, soit 18.8% de l'échantillon total.

Parmi les non bénéficiaires de groupes d'analyse de pratique (n=121), 85.1% estiment que bénéficier de groupes d'analyse de pratique les aiderait à mieux accompagner ces patients (n=103).

c) Le bénéfice des groupes d'analyse de pratique

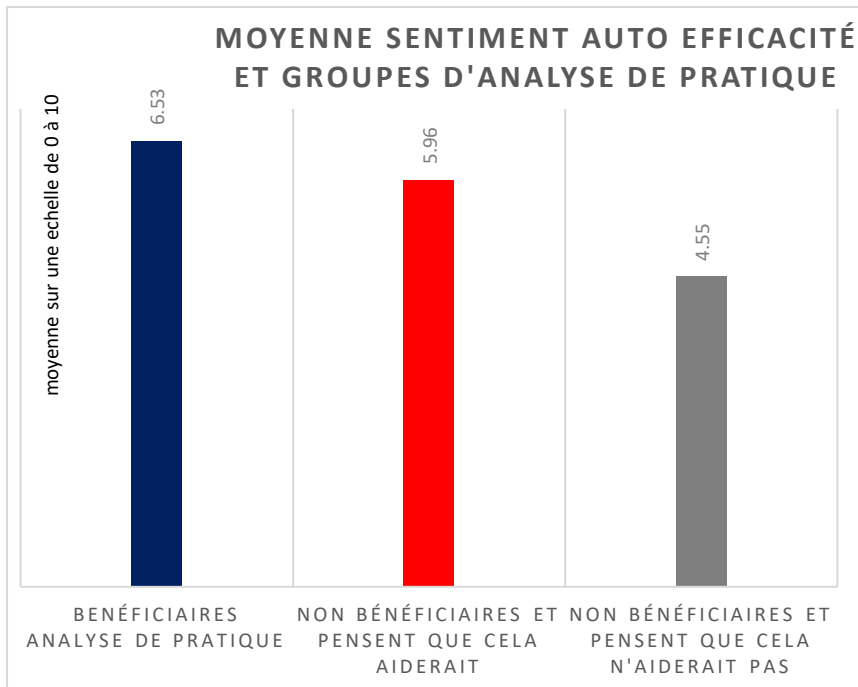


FIGURE 14 SENTIMENT D'AUTO EFFICACITE SELON L'ANALYSE DE PRATIQUE

Les 25 bénéficiaires de groupes d'analyse de pratique ont un sentiment d'auto efficacité plus élevés que le reste de l'échantillon.

13 individus du sous-groupe qui n'en bénéficient pas pensent que ça ne les aiderait pas à se sentir plus efficaces pour accompagner les personnes souffrant d'un TPB. Leur sentiment d'auto efficacité est parmi les plus faibles

Partie 4 : Discussion

K. Résultats principaux

Pour rappel, l'étude visait à prouver que la formation et le niveau de caring sont liés au sentiment d'auto efficacité des infirmiers accompagnant des personnes souffrant d'un TPB. Pour cela, des infirmiers ont répondu à un questionnaire visant à évaluer leur niveau de caring général, et leur sentiment d'auto efficacité.

Les résultats témoignent que les infirmiers formés ont un sentiment d'auto efficacité évalué à 6.36 contre 5.69 pour ceux qui ne sont pas formés. Cette étude met également en évidence une corrélation entre niveau de caring élevé et sentiment d'auto efficacité dans la prise en soin des patients

Nos deux hypothèses sont donc validées.

1. La formation permet un sentiment d'auto efficacité personnelle plus élevé

Ce résultat était attendu, cette étude démontre que les infirmiers dits « formés » se sentent plus efficaces, avec une moyenne à 6.36 contre une moyenne à 5.69 pour les « non formés ». Néanmoins, ce résultat est à nuancer en raison de l'inégalité d'effectifs des deux groupes (55 « formés » et 94 « non formés »). Des recherches complémentaires avec des groupes appariés seraient utiles.

L'effectif « formés » est composé de 27 infirmiers formés aux thérapies brèves, 22 à des thérapies autres (2 infirmiers appartiennent aux deux sous-groupes). Autrement dit, sur un effectif de 55 formés, près de la moitié était formés, mais à une formation qui n'a pas été validée comme spécifique à cette population, par des études randomisées. Nous avons fait le choix de les incorporer au groupe « formés » car nous avons estimé que ces formations étaient orientées thérapie et pouvaient donc impacter le sentiment d'auto-efficacité.

Nous avons également fait le choix de ne pas dissocier les infirmiers en pratique avancée car le programme de formation ne s'intéresse pas aux psychothérapies et s'il apporte des connaissances sur les troubles de la personnalité, l'apport dure quelques heures dans les universités amiénoise et lilloise.

Ce résultat est également conforté par le fait que 90% de notre échantillon estime avoir besoin d'être mieux formé pour pouvoir accompagner ces patients, résultat régulièrement retrouvé dans la littérature.

2. Niveau de caring et auto efficacité sont corrélés positivement pour cette problématique

L'hypothèse que caring et sentiment d'auto efficacité sont liés est validée. Le lien est significatif ($p=0.01$) bien que peu fort ($r=0.2$).

Initialement, nous voulions créer 4 groupes appairés ; formés-caring bas, formés-caring haut, non formés-caring bas et non formés-caring haut. Nous nous sommes rendu compte durant l'élaboration des questionnaires que nous nous serions heurtés au problème des apports de la formation. Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que la formation n'influe pas sur le caring et inversement.

Cette section mériterait une étude complémentaire pour identifier si ce lien est réciproque ou s'il y a une lien de causalité ou même si cela peut être généralisé à tous les accompagnements. L'auto efficacité peut influencer le caring, via la formation. Nous avons vu plus haut que les infirmiers se sentent plus efficaces quand ils sont formés. Il est plus aisé d'assurer ses fonctions quand on se sent plus efficace, ce qui revient donc à ne pas exclure que la formation peut influencer le niveau de caring de ces infirmiers. Qui plus est, nous savons que le caring est inspiré de la philosophie humaniste et s'appuie sur l'engagement de l'infirmier. Selon Bandura, l'auto efficacité est liée à l'acceptation d'un défi, les efforts exponentiels pour affronter ce défi, le réajustement face à l'échec et « l'aller-vers » (Guerrin, 2012). Nous retrouvons également ces notions dans le caring transpersonnel de Watson. Choisissons par exemple les 1^{er}, 4^{ème} et 5^{ème} facteurs caratifs : Développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste, développement d'une relation d'aide et de confiance, et promotion et acceptation de sentiments positifs et négatifs. Ces valeurs nous invitent à « l'aller-vers » et au défi dans le sens de l'engagement en vue de créer et maintenir « le lien de réciprocité » avec chaque patient. Autrement dit, plus l'infirmier est en accord avec ces valeurs, plus il risque de se sentir efficace pour créer un lien avec la personne soignée, peu importe son trouble. Le caring peut donc aussi influencer le sentiment d'auto efficacité.

Le TPB est un trouble émotionnel et un trouble du lien. Nous l'avons vu, les thérapies spécifiques s'astreignent à travailler le lien. Plus l'infirmier sera en accord avec le caring

transpersonnel, plus il sera en capacité de questionner ses émotions, de les gérer, de s'appuyer sur les recommandations et donc de ne pas adopter une attitude renforçant le trouble de la personne souffrant d'un TPB, de créer et maintenir le lien.

En d'autres mots, caring et formations sont tout autant importants pour permettre à l'infirmier de se sentir efficace pour accompagner ces patients. Cette étude complète ainsi d'autres études qui se sont intéressées à l'effet de l'interaction infirmier-patient évaluée par les patients. Celles-ci ont mis en évidence un effet bénéfique de cette relation sur la symptomatologie anxieuse et donc indirectement sur la dépression. Ces études s'inspiraient, elles aussi du modèle de Watson (Haugan, 2014; Haugan et al., 2013).

N'oublions pas de préciser que quand nous demandons aux infirmiers leur niveau d'auto efficacité à accompagner les personnes souffrant d'un TPB, cela englobe entretiens et échanges informels inhérents à la vie du service dans le cas du cadre institutionnel. Dans ce cas précis, la formation psychothérapeutique n'est pas l'outil mobilisé, mais bien son caring.

L. Analyses complémentaires

a) La stigmatisation par les infirmiers reste encore très présente

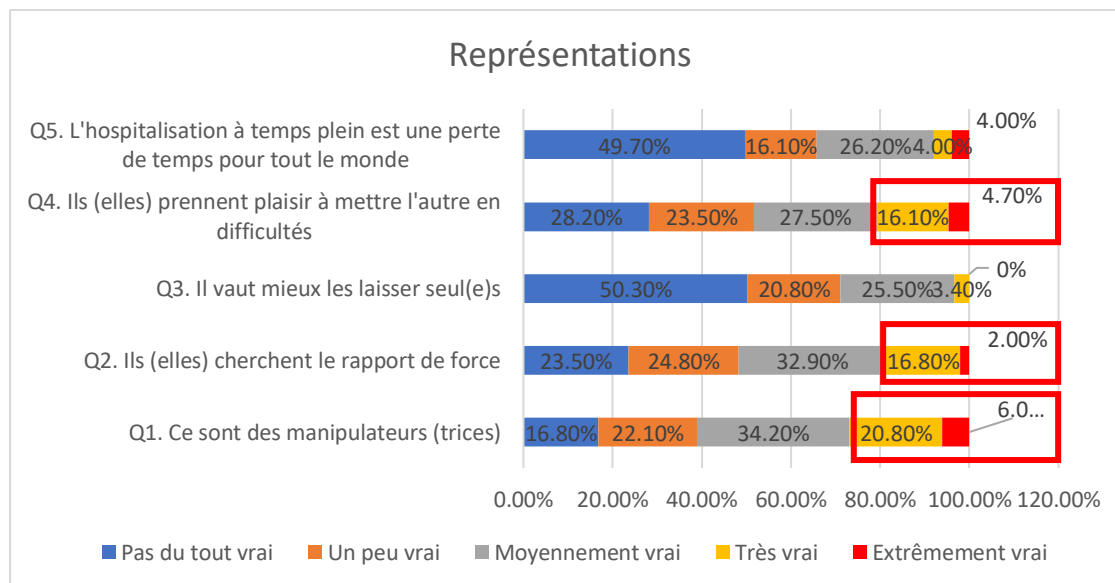


FIGURE 15 REPRESENTATIONS DES PERSONNES SOUFFRANT D'UN TPB PAR LES INFIRMIERS

Les réponses à cette section offraient un seuil d'issue très faible pour les répondants en raison de la formulation fermée des questions. Une formulation « en comparaison aux personnes qui

ne souffrent pas de ce trouble » aurait été plus juste mais aurait probablement entraîné un biais de répondant.

Comme nous avons pu nous en apercevoir, certains stigmas persistent. Attardons nous sur les réponses stigmatisantes les moins nuancées « extrêmement vrai » et « très vrai ». Les items qualificatifs de « manipulation », « mise en difficulté de l'autre » et « recherche du rapport de force » ont été respectivement validées 40, 31 et 28 fois par les répondants. En regard du caring transpersonnel, pour ces infirmiers, accompagner un patient souffrant d'un TPB efficacement signifie donc que l'infirmier devrait accepter que l'interlocuteur aura de mauvaises intentions à son égard. Il s'avère plutôt difficile de s'engager dans une relation de réciprocité dans de telles conditions. Il paraît légitime de se questionner sur l'ampleur de ces croyances stigmatisantes sur la qualité du lien de réciprocité. Le psychologue R. Rosenthal et la directrice d'école L. Jacobson ont conceptualisé l'effet pygmalion, aussi appelé prophétie auto réalisatrice. L'expérience a consisté à orienter les croyances sur le potentiel de leurs élèves à des instituteurs de primaires. Il est apparu que les considérer comme ayant un potentiel élevé a permis une progression de leurs capacités plus élevée que dans le groupe témoin (Jacobson, 1968). Nous nous autorisons cette comparaison du fait du travail thérapeutique spécifique au TPB et de la dimension éducative du caring. Autrement dit, si l'infirmier considère que les personnes souffrant d'un TPB sont manipulatrices, hostiles, il y a des fortes chances que son attitude le laisse deviner et que les patients lui donnent raison. De plus, n'oublions pas leur prédisposition physiologique à percevoir une attitude hostile chez l'autre et à agir en conséquence.

b) Une forte demande d'analyse de pratique

Notre étude relève une très grande demande d'analyse de pratique pour mieux accompagner ces patients (85.1% parmi les non bénéficiaires).

La réflexivité est au centre de la profession infirmière. En effet, la pratique infirmière repose sur l'action, la réflexion pendant l'action et la réflexion sur l'action. Chantal Cara préconise la réflexivité en vue d'améliorer les compétences infirmières, sous le prisme des facteurs caratifs de Watson et des processus leur correspondant, les Processus de Caritas Cliniques. Watson trouvant que les facteurs caratifs n'étaient pas assez représentatifs du mouvement inhérent à la relation, elle les a développé sous l'angle de processus. Les valeurs restent les mêmes bien que plus axées vers la dimension spirituelle de la personne, autrement dit ses valeurs, ses croyances

(Cara & O'Reilly, 2008). Les compétences professionnelles des infirmiers sont liées à la pratique réflexive. Voir figure 16.

L'analyse de pratique est un outil au service de la réflexivité. C'est-à-dire que pour être un meilleur praticien, il est nécessaire de questionner régulièrement sa pratique (Perrenoud, 2010). Cette pratique peut se faire seul mais peut nécessiter d'être accompagné dans un premier temps, l'exercice n'étant pas inné et peu instruit dans les instituts de formation français. C'est d'ailleurs un axe d'amélioration des études infirmières envisagé par Mr Braun, notre ministre des solidarités et de la santé depuis 2022. Lors de son discours d'ouverture des journées nationales de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales du 23 Mars 2023, il évoque son désir que « le mentorat, le partage d'expériences, la recherche du sens et la transmission des valeurs soient le fil conducteur qui modélise l'image du métier du soin » (Andep, 2023).

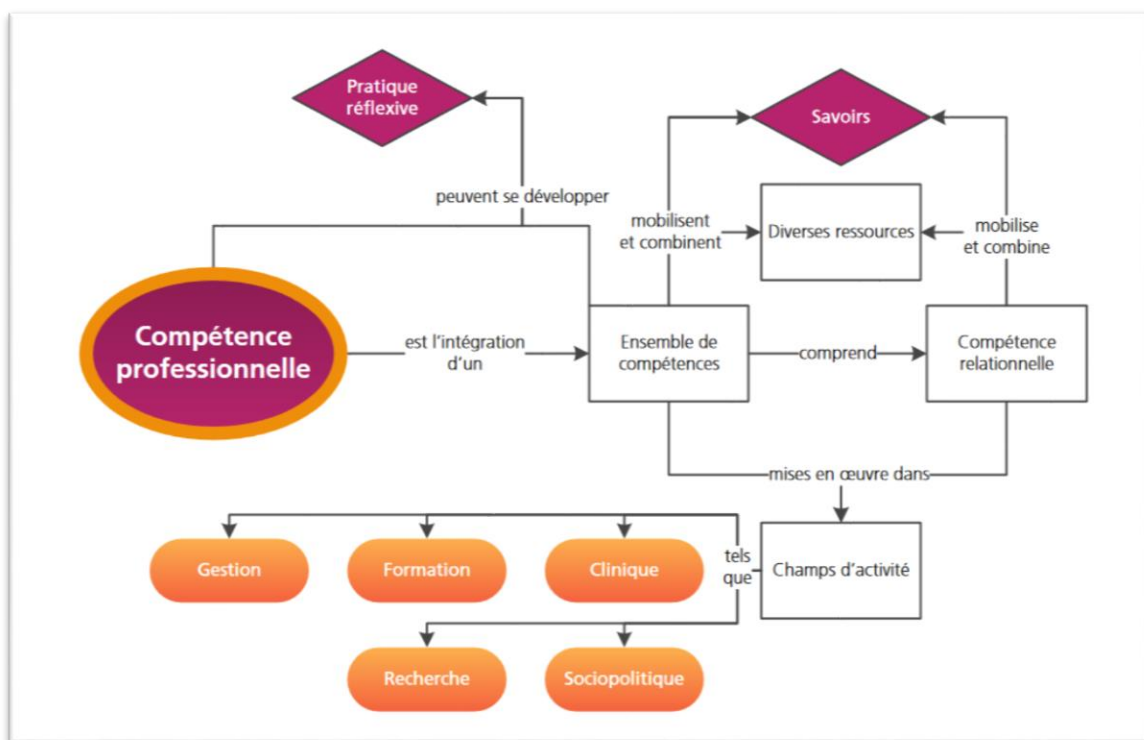


FIGURE 16 LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES, LA PRATIQUE REFLEXIVE ET LA FORMATION SELON LE MHSI UDEM, SOURCE : SYNOPSIS DU MHSI UDEM

Pour parvenir à cette pratique en individuel, des groupes peuvent être proposés dans un premier temps.

Comme le précise A M Lagadec, Cadre Supérieure de santé, formatrice à l'institut de formation des cadres de santé, l'engouement pour les groupes d'analyse de pratique fait son entrée dans le domaine de la santé, en France. Il en existe 2 types originels : les groupes type Balint et les groupes type Schön. Le premier prend son inspiration dans la psychanalyse, et s'attarde sur les transferts et contre-transferts qui opèrent entre soignant et patient. Plutôt que de former les participants à la psychanalyse, le « leader » les accompagne vers une lecture psychanalytique de la relation dans les situations que le participant expose. Cette lecture permet de s'attarder à l'aspect émotionnel en jeu dans la relation. Le second, est issu des travaux de Schön qui oppose savoirs académiques et savoirs expérientiels. Schön fait le constat que les savoirs académiques ne sont pas souvent adaptés aux situations du terrain et que le praticien doit faire de ces situations, une situation à laquelle il pourra réagir, c'est ce qu'il appellera « la réflexion dans l'action ». Puis à distance, il tirera un apprentissage sur ce qu'il a fait en analysant la situation et en ayant connaissance du résultat. C'est la « réflexion sur l'action » (Lagadec, 2009).

Le cadre des groupes d'analyse de pratique doit être posé pour permettre à chacun de s'exprimer librement sans craindre jugement, représailles, manque de respect. *Voir figure 17.*

Ils respectent une méthodologie similaire, à savoir :

- Exposition, choix de la situation et problématisation
- Clarification et formulation d' hypothèses
- Apports d'éléments de compréhension et formulation de propositions d'actions possibles
- Reformulation par le sujet
- Conclusion

Cette procédure n'est pas sans rappeler la démarche scientifique qu'emprunte la méthode inducto-hypothético-déductive employée par les infirmiers décrite par Thérèse Psiuk (Psiuk & Verhelst, 2011). Nous décelons un problème, recherchons des indices, faisons des hypothèses en regard des connaissances et vérifions l'hypothèse la plus juste.

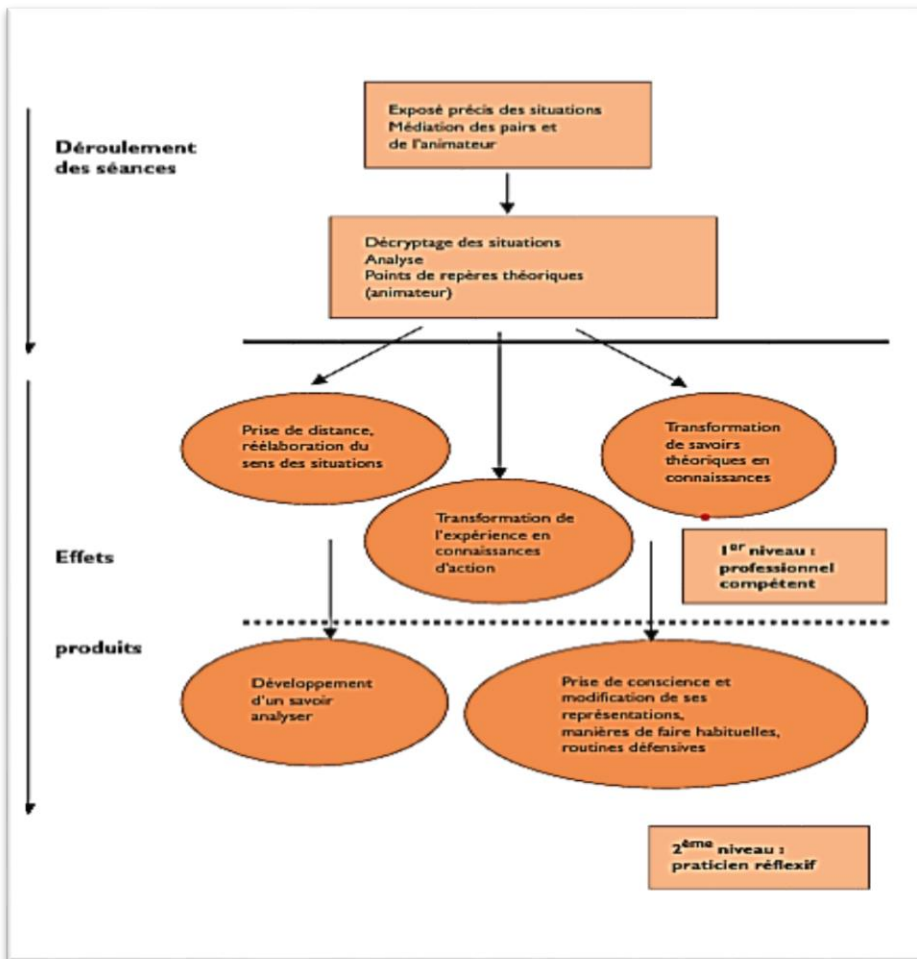


FIGURE 17 PROCESSUS DES GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUE (LAGADEC, 2009)

Proposer des groupes d'analyse de pratique permettrait aux infirmiers de gagner en compétences et de s'exercer à la réflexivité. C'est-à-dire qu'ils seraient enrichis de ces échanges en se questionnant sur leurs pratiques, ce qui les a satisfait, ce qui les a dérangé. Ils apprendraient de surcroît la réflexivité avec une autonomie croissante. Cela maintiendrait une cohésion de groupe et renforcerait les échanges entre les participants.

Bandura a conceptualisé la théorie sociale et cognitive à partir de la triade « comportement - cognition - environnement ». Il s'est peu attardé sur les affects. Son œuvre a été complétée par Jacques Lecompte, psychologue français. Ce spécialiste de la psychologie positive propose d'accorder davantage attention aux affects. Nous n'avons pas questionné sur les émotions que ressentent les infirmiers quand ils doivent accompagner des personnes souffrant d'un TPB. Bien que cet aspect aurait pu être intéressant, il n'aurait pas pu être généralisable car les interactions sont propres à chacun.

Selon J Lecompte, l'auto efficacité est la mobilisation efficace de compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales pour réaliser une tâche. Bien que les individus sachent comment procéder, et en ont le pouvoir, il leur arrive d'échouer, car ils doutent de leurs capacités. Un sentiment d'auto efficacité faible impliquera une plus grande difficulté à accomplir la tâche efficacement (Lecomte, 2004).

Il complète donc Bandura, en affirmant que le sentiment d'efficacité personnelle peut être influencé, selon le fonctionnement de chacun, par la maîtrise personnelle, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel. La maîtrise personnelle est étroitement liée à la formation. L'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel sont des éléments mobilisés dans les groupes d'analyse de pratique.

M. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Les études visant à qualifier et/ou mesurer les relations infirmiers-patients sont peu nombreuses en France et s'inspirent généralement d'échelles généralistes destinées à l'alliance thérapeutique, peu importe le soignant ou le thérapeute. Cette étude a été réalisée à partir d'une échelle dont la vocation est d'évaluer le caring transpersonnel de manière plus spécifique. Elle est inédite en ce sens mais aussi en regard de cette problématique, en France.

Cette étude ne prétend pas résoudre les difficultés de communications entre infirmiers et patients souffrant de TPB mais plutôt d'explorer la situation à la recherche d'indices, au travers d'expériences positives pour les infirmiers. Le but étant d'améliorer les pratiques professionnelles pour que les infirmiers se sentent plus confortables dans l'exercice de leur profession avec cette population en espérant un impact positif sur leurs relations avec cette patientèle. De plus, nous pensons qu'améliorer la pratique professionnelle dans un métier du care contribue également à une amélioration de la qualité de vie au travail des soignants.

2. Limites de l'étude

a) L'échantillon

Nous avons évalué le nombre d'infirmiers ayant disposé du lien à 2772, soit un taux de réponse de 5%. Nous n'avons pas pu identifier le nombre d'infirmiers qui ont abandonné le questionnaire en cours ou n'ont pas répondu.

Nous avons pleinement conscience que cette étude ne peut être représentative de toute une profession mais peut tout de même donner une tendance qu'il conviendra de vérifier.

b) Une asymétrie des groupes « formés » et « non formés »

L'hypothèse la plus probable justifiant l'asymétrie des groupes « formés » et « non formés » résulte d'une réalité du terrain concernant l'accès aux formations spécifiques. Peu de formations dédiées au traitement du trouble borderline sont dispensées en France. Une autre hypothèse serait que les infirmiers accèdent peu à la formation continue.

c) L'Echelle Interaction Infirmier-Patient

Cette étude présente un biais de prévarication qu'on ne pouvait éviter. En effet, les infirmiers renseignent des données inhérentes à leur cœur de métier en réponse à une étude portée par un infirmier. Il est probable que les réponses aient été influencées par la crainte inconsciente d'être jugé par un pair en cours d'évolution professionnelle vers une fonction qui souffre de représentations type « super infirmier ».

Autre problème, l'Echelle Interaction Infirmier Patient 70 contient 70 questions. A ces 70 questions qui ont pu paraître répétitives, un phénomène de lassitude a pu s'installer d'autant plus qu'il a été complété de multiples questions nécessaires à cette étude. Sylvie Cossette, qui avait fait partie de l'équipe ayant validé cette échelle a perçu cette limite et avait proposé une version courte en 23 items (Cossette et al., 2006). Cette échelle était amputée d'une grande partie des concepts humanistes qui la composaient, elle ne nous a pas semblée adaptée.

Nous aurions pu recourir à une autre échelle mesurant les interactions entre thérapeutes et patients mais celles-ci ne sont pas spécifiques à la profession infirmière et auraient été moins pertinentes.

N. Les compétences des infirmiers dans l'accompagnement des personnes souffrant d'un TPB

Cette étude a démontré que les infirmiers qui maîtrisent davantage les compétences socles d'inspiration humaniste sont aussi ceux qui se sentent le plus efficaces pour accompagner les personnes souffrant d'un TPB. La demande de groupes d'analyse de pratique va dans le même sens que d'autres recherches visant à étudier les besoins des infirmiers pour accompagner

ces patients. Celles-ci avaient mis en évidence que les infirmiers sont les professionnels de santé qui ont les attitudes les plus contre-productives face à ces patients (Dickens et al., 2016; Giannouli et al., 2009; Stroud & Parsons, 2013). Pourtant des exemples dont nous pourrions nous inspirer existent. En Afrique du sud, une étude interventionnelle a d'observé l'impact d'un programme psychoéducatif dispensé par des infirmières à des femmes souffrant d'un TPB. *Voir figure 18*. Ce modèle s'est avéré profitable. Il prescrit également le recours à la supervision pour permettre aux infirmiers de retravailler les situations les impactant émotionnellement (Ntshingila, 2020). Une autre étude s'est intéressée à un groupe de patients rétablis d'un TPB. Celle-ci révèle que les trois axes qui les ont le plus aidé sont l'apprentissage de leur trouble, l'établissement d'une relation de confiance avec les soignants et le sentiment d'autonomie grâce à la validation par ces mêmes soignants (Romeu-Labayen et al., 2020). Ces trois éléments sont accessibles aux infirmiers au travers de la relation. John Gunder Gunderson, professeur de psychiatrie et directeur du centre de traitement du TPB de l'hôpital Mc Lean s'est aussi intéressé à un modèle d'accompagnement orienté psycho éducation qui met l'accent sur les difficultés du quotidien et sur l'adaptation sociale. Le « Good Psychiatric Management » est ainsi né d'une utilisation conjointe de stratégies psychodynamiques et cognitivo-comportementales. Comparé à des interventions de psychothérapie type TCD, TBM et TFT, les interventions type GPM sont tout aussi efficaces en première intention que les interventions plus lourdes. L'avantage est que ce modèle est utilisable par tous les professionnels de la santé et peut donc être animé par des infirmiers (Gunderson et al., 2018).

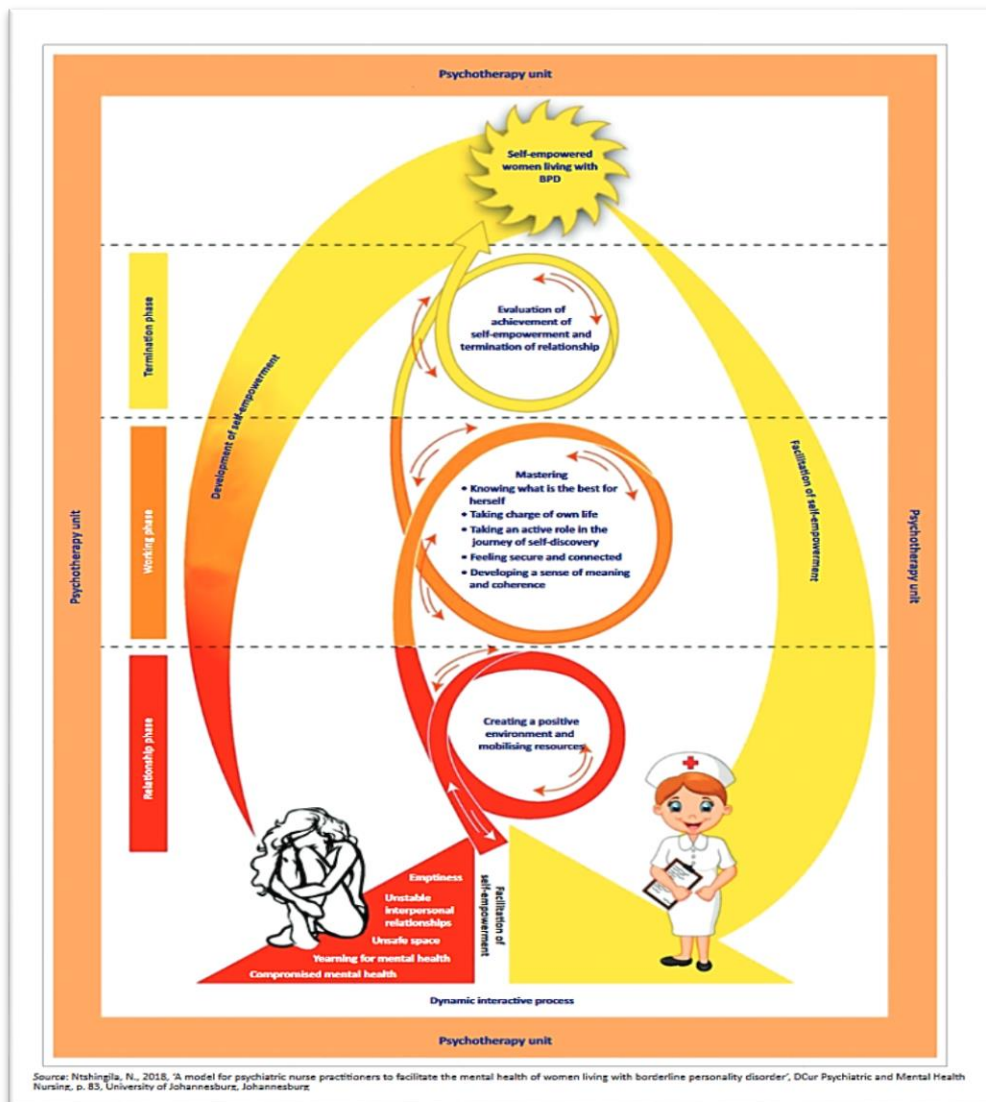


FIGURE 18 EXEMPLE DE PROGRAMME DE PSYCHO EDUCATION AUX FEMMES SOUFFRANT D'UN TPB

O. Perspective ; vers un renforcement de compétences des infirmiers en regard du TPB

1. L'arrivée de la pratique avancée infirmière, une opportunité pour tous

La loi de modernisation du système de santé de 2016 institue la pratique avancée infirmière, avec, entre autres, l'objectif d'apporter des compétences complémentaires pour fluidifier les parcours et gérer les cas complexes. Ainsi, l'IPA doit avoir vue sur l'accès aux soins des patients, et viser à les rendre davantage qualitatif via le leadership clinique (Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018). La mention

psychiatrie santé mentale fait son apparition dans le décret du 12 Aout 2019. La formation n'est pas homogène sur le territoire et la pratique est teintée de l'expérience du professionnel en question pour répondre à des difficultés qu'il observe sur le terrain (Ambrosino, 2021). L'IPA exerce en autonomie et en coordination avec les professionnels. Il ne se substitue pas à d'autres professionnels. En collaboration avec l'encadrement, l'IPA peut accompagner les équipes via les groupes d'analyse de pratique et la dispensation de formations au regard des problématiques observées. Précisons que l'animateur du groupe d'analyse de pratique ne doit pas intervenir sur les situations évoquées avec l'équipe en question. Cela risquerait de le placer dans une position inconfortable voir de le rendre contre-productif et surtout, rappelons-le, l'IPA intervient dans un exercice coordonné.

Les groupes d'analyse de pratique professionnelle mobilisent différents types de savoirs, ils sont un atout pour les infirmiers. Le savoir empirique s'appuie sur les expériences de chacun des membres du groupe, c'est la dimension scientifique des soins infirmiers . Le savoir éthique s'appuie sur les valeurs morales. Les argumentaires de chacun sont des échanges favorisant une certaine flexibilité qui a tendance à disparaître face au quotidien et à ses automatismes. Le savoir esthétique est lié à la créativité et la co-construction de méthodes par les intervenants, ce qui renforce la cohésion du groupe. C'est ce savoir qui est relié à la dimension artistique de la pratique infirmière. Le savoir socio-politique s'appuie sur le contexte d'exercice. Le savoir personnel (Carper, 2015). Quand elle est animée par un infirmier en pratique avancée, cet exercice lui permet également de gagner en maturité professionnelle, de défier les limites de la profession et d'être pionnier de l'innovation (Verdon et al., 2021). Notons toutefois que la disponibilité des équipes et l'aspect organisationnel de ces groupes est à envisager en collaboration avec l'encadrement, au risque de ne pas trouver qu'un faible écho à cette proposition (Oriez, 2021).

Les compétences mobilisables par l'IPA en regard de la situation complexe de cette étude sont multiples. *Voir figure 19*. L'IPA peut également répondre à des appels à projets, proposer des axes en vue d'améliorer les parcours des patients et suivre les patient souffrant d'un TPB en collaboration avec tous les partenaires.



FIGURE 19 LES 6 COMPETENCES SOCLES DE L'IPA

2. L'apprentissage du caring au travers des groupes d'analyse de pratique ou comment se transmet l'humanisme selon le Modèle Humaniste de Soins Infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2016)

Cette étude met en évidence qu'une optimisation des connaissances des infirmiers en sciences infirmières d'inspiration humaniste serait profitable à l'accompagnement des personnes souffrant d'un TPB. Comme nous l'avons vu, le MHSI U-de-M s'appuie sur le caring de Watson. *Vous trouverez l'opérationnalisation du MHSI-UdeM en Annexe 3.* Chantal Cara, professeure titulaire de la faculté de sciences infirmières s'est intéressée aux formations des étudiants en transposant le caring à son modèle d'apprentissage. C'est-à-dire qu'elle prône l'apprentissage des soins infirmiers via la réflexivité en considérant l'apprenant au travers des

valeurs humanistes ; soit une personne à part entière, qui mérite le respect, la dignité, l'acceptation totale, la croyance en son potentiel qui évoluera selon ses interactions avec son environnement. Cet accompagnement d'inspiration humaniste a pour but de permettre à l'apprenant de mobiliser ces valeurs humanistes, qui influenceront attitudes et comportements que l'on peut observer dans les compétences professionnelles. Celles-ci mobilisent les savoirs (Cara et al., 2020). C'est ainsi que ces valeurs sont transmises : via les interactions. Ce modèle estime qu'en étant considéré, on considère l'autre plus facilement.

Au regard de ces besoins et des compétences de l'IPA, on peut estimer qu'il pourrait s'intéresser aux ruptures de parcours des patients souffrant d'un TPB, à différents niveaux, en proposant :

- Des formations faisant intervenir pair aidants et groupes d'analyse de pratique d'esthétique humaniste
- Un programme d'information et de déstigmatisation sur le territoire auprès des professionnels de santé
- De participer à la création d'une offre de soins structurée, validée via la recherche et la production de données probantes.

Conclusion

Cette étude met en lumière un sentiment d'auto efficacité à accompagner les patients souffrant d'un TPB corrélé positivement au caring transpersonnel. Il semblerait que la formation contribue également à un sentiment d'auto efficacité plus élevé. Nous proposons donc un accompagnement des infirmiers vers l'analyse des pratiques professionnelles. Guider les infirmiers vers une pratique réflexive et davantage de formations type GPM devrait leur permettre de se sentir plus efficaces pour accompagner les personnes souffrant d'un TPB et ainsi améliorer la prise en soins de ces patients.

Par ailleurs, leadership clinique et amélioration des pratiques professionnelles sont des compétences clefs de l'IPA. Celui-ci peut aussi prendre place dans la construction de programmes spécifiques en vue d'améliorer les parcours.

Ajoutons, pour finir qu'une étude longitudinale comparant le sentiment d'auto efficacité des infirmiers avant et après un dispositif alliant formation, animation de groupe psycho éducatifs sous tendu par des groupes d'analyse de pratique d'esthétique humaniste serait intéressante pour de futures recherches.

Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Amad, A., Radua, J., Vaiva, G., Williams, S., & Fovet, T. (2019). Similarities between borderline personality disorder and post traumatic stress disorder : Evidence from resting-state meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.07.018>
- Amad, A., Ramoz, N., Peyre, H., Thomas, P., & Gorwood, P. (2019). FKBP5 gene variants and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 248, 26-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.025>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder : Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- Ambrosino, F. (2021). *Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée : La formation d'IPA - Les compétences et responsabilités à jour - La législation la plus récente - Des retours d'expériences variés*. VUIBERT.
- Andep, R. (2023, avril 26). *Prise de parole de Mr François BRAUN, Ministre de la Santé et de la Prévention*. Andep. <https://www.andep.fr/prise-de-parole-de-mr-francois-braun-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention/>
- Artioli, M., Bougon, E., Mathur, A., & Salles, J. (2022). Factors associated with a borderline personality disorder diagnosis in the emergency department. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 925462. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.925462>

- Bertsch, K., Buades-Rotger, M., Krauch, M., Ueltzhöffer, K., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Krämer, U. M. (2022). Abnormal processing of interpersonal cues during an aggressive encounter in women with borderline personality disorder : Neural and behavioral findings. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *131*(5), 493-506. <https://doi.org/10.1037/abn0000756>
- Bertsch, K., Roelofs, K., Roch, P. J., Ma, B., Hensel, S., Herpertz, S. C., & Volman, I. (2018). Neural correlates of emotional action control in anger-prone women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *43*(3), 161-170. <https://doi.org/10.1503/jpn.170102>
- Cailhol, L., Thalamas, C., Garrido, C., Birmes, P., & Lapeyre-Mestre, M. (2015). Utilisation des services de soin par les patients hospitalisés, présentant un trouble de personnalité borderline en Midi-Pyrénées. *L'Encéphale*, *41*(2), 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.008>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : Perspective novatrice et pragmatique: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 125*(2), 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>
- Cara, C., Hills, M., & Watson, J. (2020). *An Educator's Guide to Humanizing Nursing Education : Grounded in Caring Science* (1er édition). Springer Publishing Co Inc.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 95*(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>

- Carper, B. A. (2015). Les principaux modes de savoir en soins infirmiers. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 179-184.
<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.09.001>
- Carrasco, J. L., Díaz-Marsá, M., Pastrana, J. I., Molina, R., Brotons, L., López-Ibor, M. I., & López-Ibor, J. J. (2007). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *British Journal of Psychiatry*, 190(4), 357-358. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022590>
- Choi-Kain, L. W., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Reich, D. B. (2010). A Longitudinal Study of the 10-Year Course of Interpersonal Features in Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 24(3), 365-376.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.365>
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1149-1154.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.8.1149>
- Corniquel, M. B., Koenigsberg, H. W., & Likhtik, E. (2019). Toward an animal model of borderline personality disorder. *Psychopharmacology*, 236(8), 2485-2500.
<https://doi.org/10.1007/s00213-019-05289-x>
- Cossette, S., Cote, J. K., Pepin, J., Ricard, N., & D'Aoust, L.-X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective : Refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198-214. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality : Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, 2016-1605 (2016).
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018-629 (2018).
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder : Systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Bera, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung: Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73(9), 820-829. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1>
- Ducasse, D., & Brand-Arpon, V. (2019). *Psychothérapie du trouble borderline*. Elsevier Masson.
- Edel, M.-A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., & Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder—A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/bjc.12123>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>

- Estric, C., Calati, R., & Lopez-Castroman, J. (2022). Adverse Childhood Experiences and Neurocognition in Borderline Personality Disorder : A Call-to-Action Perspective Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(4), 248-260.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000344>
- Evolution Psychiatrique (Réalisateur). (2022, janvier 5). *Pr Julien Daniel Guelfi, Les Troubles de personnalités*. <https://www.youtube.com/watch?v=NKaBjmneP0g>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd). Éd. Mallet conseil.
- Gescher, D. M., Will, B., & Malevani, J. (2013). Psychosoziale Integration von stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung : Abbild eines auf Symptomremission fokussierten Therapie- und Versorgungssystems. *Der Nervenarzt*, 84(3), 326-333.
<https://doi.org/10.1007/s00115-011-3462-9>
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, Gr. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder : A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 481-487.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x>
- Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2022). Trouble de la personnalité borderline : État des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale. *L'Encéphale*, S0013700622000999. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003>
- Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son œuvre: *Recherche en soins infirmiers*, N°108(1), 106-116. <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0106>

- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management : A review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- HAS. (2014). *Droits des usagers : Information et orientation*. Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation
- Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1111/jan.12173>
- Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2192-2205.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy : An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55-82. <https://doi.org/10.1037/h0101147>
- Imbeau, D., & Bouchard, S. (2014). *Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite*. <https://doi.org/doi.org/10.7202/1025917ar>
- Jacobson, R. R. L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. <https://doi.org/doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1007/BF02322211>
- Judit M., Anita J., Tünde K., & Gabriella É. V. (2020). A borderline személyiségzavar a fejlődéspszichopatológia tükrében. *NEUROPSYCHOPHARMACOLOGIA HUNGARICA*, 10.

- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse : Results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(11), 925-936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Lagadec, A. M. (2009). L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : Ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs: *Recherche en soins infirmiers, N° 97*(2), 4-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0004>
- LeBoeuf, A., Guilé, J.-M., Labelle, R., & Luck, D. (2016). Neuroimagerie fonctionnelle chez l'adolescent avec un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec, 41*(1), 141-162. <https://doi.org/10.7202/1036969ar>
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle: *Savoirs, Hors série*(5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet, 377*(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 56*(2), 197-207. <https://doi.org/10.1037/cap0000025>
- Linehan, M. (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TCD 2e ed* (\$ {number}nd édition). Médecine et Hygiène.
- Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité*. Médecine et Hygiène.

- Lucchelli, J. P. (2007). Un trouble de la personnalité peut en cacher un autre. *L'information psychiatrique*, 83(6), 451. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8306.0451>
- McCarrick, C., Irving, K., & Lakeman, R. (2022). Nursing people diagnosed with Borderline Personality Disorder : 'We all need to be on the same hymn sheet'. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 83-90. <https://doi.org/10.1111/inm.12935>
- Ntshingila, N. (2020). Mental health nurses' experiences of implementing a model to facilitate self-empowerment in women living with borderline personality disorder in South Africa. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 769-776. <https://doi.org/10.1111/nhs.12726>
- Oriez, B. (2021). Implantation de groupes d'analyse de la pratique professionnelle infirmière en santé mentale. *Soins Psychiatrie*, 42(333), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2021.03.011>
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide : Revue de la littérature. *L'Encéphale*, 34(5), 452-458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>
- Paris, J. (2007). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 177-187. <https://doi.org/10.7202/032386ar>
- Perrenoud, P. (2010). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : Professionnalisation et raison pédagogique* (5e édition). ESF Editeur.
- Prada, P., Cole, P., Bondolfi, G., Perroud, N., & Debbané, M. (2017). Mentaliser en psychiatrie de liaison ? *Revue Médicale Suisse*, 13(549), 363-366. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.549.0363>
- Psiuk, T., & Verhelst, C. (2011). Plans De Soins Types et Chemins Cliniques. In *Plans De Soins Types et Chemins Cliniques* (p. xiii-xxxii). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71570-9.50025-3>

- Puri, P., Kumar, D., Muralidharan, K., & Kishore, M. T. (2021). Evaluating schema modes and cognitive distortions in borderline personality disorder : A mixed-method approach. *Journal of Clinical Psychology, 77*(9), 1973-1984.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23126>
- Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting : Service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(5), 868-877.
<https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Rusinek, S. (2018). 4. Conditionnement social et sentiment d'auto-efficacité. In *Thérapies comportementales et cognitives: Vol. 3ème éd.* (p. 21-25). Dunod; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0021>
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Taubner, S., Wilberg, T., & Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders : Past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 6*(1), 9.
<https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- Slotema, C. W., Blom, J. D., Niemantsverdriet, M. B. A., & Sommer, I. E. C. (2018). Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 347.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00347>
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2>

- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Stroud, J., & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder: Professional's knowledge and attitudes towards borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1214>
- Swenson, C. R., & Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.199>
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders : An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 15.
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- Vanwoerden, S., & Stepp, S. D. (2022). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, alternative model conceptualization of borderline personality disorder : A review of the evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 402-406. <https://doi.org/10.1037/per0000563>
- Verdon, M., Bochaton, N., Roulin, M.-J., & Groz, A. (2021). Analyse de la pratique professionnelle dans la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées d'un hôpital universitaire suisse : Une analyse de contenu. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 7(3), 100244. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2021.100244>

Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health : A qualitative study: Staff perceptions of MBT-S for BPD in acute mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 623-633.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12248>

Watson, J. (2008). *Nursing : The philosophy and science of caring* (Rev. ed). University Press of Colorado.

Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings : A review of the literature: Borderline personality disorder and acute mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x>

Yeomans, F., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17-34. <https://doi.org/10.7202/016507ar>

Table des illustrations

Figure 1 Le TPB.....	6
Figure 2 Le modèle bio-social (Crowell et al., 2009).....	7
Figure 3 le parcours complexe	12
Figure 4 Connaissances des infirmiers sur le TPB (Greiner et al., 2022)	13
Figure 5 Le cercle vicieux du TPB.....	14
Figure 6 Le caring du MHSI U-de-M Source : synopsis mhsi udem.....	17
Figure 7 La théorie du comportement planifié.....	18
Figure 8 corrélation entre caring et sentiment d'auto efficacité	26
Figure 9 Représentation des personnes souffrant d'un TPB par les infirmiers	27
Figure 10 Connaissances générales des infirmiers sur le TPB	28
Figure 11 Scores de caring de l'échantillon total	29
Figure 12 Besoin de formation exprimé par les infirmiers	30
Figure 13 groupes d'analyse de pratique dans l'échantillon total	31
Figure 14 sentiment d'auto efficacité selon l'analyse de pratique	32
Figure 15 Représentations des personnes souffrant d'un TPB par les infirmiers.....	35
Figure 16 les compétences professionnelles, la pratique réflexive et la formation selon le MHSI UdeM, source : synopsis du MHSI UdeM	37
Figure 17 processus des groupes d'analyse de pratique (Lagadec, 2009)	39
Figure 18 Exemple de programme de psycho éducation aux femmes souffrant d'un TPB	43
Figure 19 Les 6 compétences socles de l'IPA.....	45
Tableau 1 Données socio-démographiques de l'échantillon	23
Tableau 2 Sentiment d'auto efficacité chez "formés" et "non formés"	25
Tableau 3 Score de caring dans les groupes "formés" et "non formés"	30

Table des matières

Avertissement.....	A
Remerciements.....	B
Glossaire.....	F
Sommaire.....	G
Avant-propos.....	1
Partie 1 : Introduction.....	4
A. Le Trouble de la Personnalité Borderline.....	4
1. Le diagnostic.....	4
2. Etiologies.....	6
3. Vulnérabilités Biologiques.....	8
4. Le traitement.....	9
5. L'utilisation des soins.....	11
B. Le soin infirmier, une science et un art d'être en relation avec la personne soignée	14
1. Le Caring transpersonnel de Watson ou quand le socle du soin infirmier se situe	
dans la philosophie humaniste.....	15
2. L'auto efficacité.....	17
3. Variables parasites.....	19
C. Hypothèses, objectifs et critères d'évaluation.....	19
Partie 2 : Méthode.....	20
D. Population.....	20
E. Mesures.....	20
F. Procédure.....	21
G. Analyses statistiques.....	21
Partie 3 : Résultats.....	23
H. Données descriptives.....	23
1. La population étudiée.....	23
2. Les mesures et variables.....	24
I. Analyses principales.....	25
1. Analyse bivariée : Sentiment d'auto efficacité dans les groupes « formés » et « non	
formés ».....	25
2. Analyse corrélacionnelle : Niveau de caring et sentiment d'auto efficacité.....	26
J. Analyses complémentaires.....	27

1.	Représentation des personnes souffrant d'un TPB chez les infirmiers	27
2.	Connaissances	28
3.	Niveau de caring	29
4.	Les besoins identifiés pour mieux accompagner ces patients	30
Partie 4 : Discussion		33
K.	Résultats principaux	33
1.	La formation permet un sentiment d'auto efficacité personnelle plus élevé.....	33
2.	Niveau de caring et auto efficacité sont corrélés positivement pour cette problématique	34
L.	Analyses complémentaires	35
M.	Forces et limites de l'étude	40
1.	Forces	40
2.	Limites de l'étude	40
N.	Les compétences des infirmiers dans l'accompagnement des personnes souffrant d'un TPB.....	41
O.	Perspective ; vers un renforcement de compétences des infirmiers en regard du TPB 43	
1.	L'arrivée de la pratique avancée infirmière, une opportunité pour tous	43
2.	L'apprentissage du caring au travers des groupes d'analyse de pratique ou comment se transmet l'humanisme selon le Modèle Humaniste de Soins Infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2016)	45
Conclusion		47
Bibliographie.....		G
Table des illustrations		R
Annexes		U

Annexes

Annexe 1 Territoire du PTSM Artois Audomarois, la zone d'exercice professionnel des répondants	i
Annexe 2 Questionnaire	ii
Annexe 3 Conceptualisation du MHSI-UdeM.....	x

ANNEXE 1 TERRITOIRE DU PTSM ARTOIS AUDOMAROIS, LA ZONE D'EXERCICE PROFESSIONNEL DES REpondANTS



Les secteurs de psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France



Détail vers le PTSM Artois Audomarois via ce lien : <https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/RgqGsRSCJPbDpeD>

ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche portant sur les relations entre infirmiers et patients souffrant d'un trouble borderline. Ce questionnaire est destiné aux IDE et IPA exerçant en psychiatrie, addictologie et alcoologie sur les établissements suivants:

l'EPSM Val de Lys Artois à Saint-Venant,

le centre de psychothérapie "les Marronniers" à Bully-les-Mines,

le CH Hénin-Beaumont,

le CH Lens,

le CH Arras,

le CH Bapaume

(soit les secteurs 62G06, 62G07, 62G08, 62G09, 62G10, 62G11, 62G12, 62G13, 62G14, 62G15, 62G16, 62G17, 62G18, 62G19, 62G20)

Ce questionnaire est totalement anonyme et ne vous prendra que 15 minutes environ.

Veillez, s'il vous plaît, à répondre de la manière la plus spontanée possible aux questions qui vont suivre. Ne le remplissez qu'une seule fois, sauf si vous n'êtes pas allé jusqu'à la fin la fois précédente s'il-vous-plait.

Données générales:

Age:

Sexe:

M

F

Autre

Nombre d'années de diplôme IDE:

Nombre d'années de diplôme IPA, le cas échéant:

Exercice actuel, réponses multiples:

psychiatrie

addictologie

alcoologie

hospitalisation complète

hospitalisation incomplète, ambulatoire

Nombre d'années d'exercice en psychiatrie, addictologie, alcoologie cumulées

Accompagnez-vous des personnes souffrant d'un trouble borderline

Au quotidien

Au moins une fois par semaine

Au moins une fois par mois

Au moins une fois par trimestre

Rarement

Avez-vous bénéficié d'une/ de formation(s) complémentaire(s) (au moins 3 jours)

Non

Oui, Thérapie basée sur la mentalisation

Oui, Thérapie focalisée sur le transfert

Oui, Thérapies brèves

Oui, TCD/TCC

Oui, Autre, précisez

Oui, Autre, précisez :

Soins infirmiers toutes pathologies confondues

Les questions suivantes portent sur les patients, toutes pathologies confondues, dans vos lieux d'exercice. Elles visent à évaluer la FAISABILITE (et non vos compétences). Ce questionnaire s'appuie sur l'échelle d'interactions infirmière-patient 70 établie par le Dr S Cossette, inf Ph D.

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants:

	pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les considérer comme des individus à part entière, de ne pas seulement m'intéresser à leur problème de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essayer de voir les choses de leur point de vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les accepter tels qu'ils sont, sans porter de jugement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur démontrer du respect ainsi qu'à leurs proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas avoir une attitude choquante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre humain(e) et chaleureux (se) avec eux et leur proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants:

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Démontrer que je serai là pour eux s'ils en ont besoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les encourager à avoir confiance en eux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attirer leur attention sur les aspects positifs les concernant et concernant leur état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souligner leurs efforts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les encourager à garder espoir lorsque c'est approprié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à trouver la motivation pour améliorer leur état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir compte de ce qu'ils savent sur leur situation de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants:

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Leur demander comment ils aimeraient que les choses soient faites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me montrer sensible à leurs sentiments et à ceux de leurs proches, par exemple l'inquiétude engendrée par l'état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir choisir le bon moment pour discuter avec eux de leur condition et des étapes à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir exprimer de façon appropriée mes sentiments vis-à-vis de leur situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les sensibiliser à ce que vivent leurs proches quant à leur situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir leurs proches au courant de leur état de santé (avec leur accord)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les écouter attentivement quand ils parlent, ainsi que leurs proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me présenter en précisant mon nom et ma fonction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Répondre dans un délai convenable quand ils m'appellent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respecter mes engagements, c'est-à-dire faire ce que j'ai dit que je ferais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas sembler pressé(e) ni occupé(e) quand je m'occupe d'eux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas leur couper la parole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas confronter trop brusquement leurs façons de penser et d'agir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les encourager à exprimer librement ce qu'ils ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garder mon calme quand ils sont en colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à comprendre les émotions qu'ils ressentent dans leur situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas être moins présent(e) lorsqu'ils vivent des moments difficiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à composer avec leurs émotions difficiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur laisser exprimer leur peine, leur tristesse, leurs peurs...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les aider à se fixer des buts réalistes en tenant compte de leur état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à composer avec le stress découlant de leur état de santé ou de leur situation générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à voir les choses d'une façon différente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chercher à identifier avec eux les conséquences de leurs comportements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les renseigner, ainsi que leurs proches, sur les ressources adaptées à leurs besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement Réalisable
Les aider à identifier et formuler des questions à poser au sujet de leur maladie et de leur traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vérifier s'ils ont bien compris les explications, ainsi que leurs proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur donner l'information nécessaire ou rendre l'information disponible pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur expliquer les soins ou traitements avant de les effectuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas utiliser des termes ou un langage qu'eux ou leurs proches ne comprennent pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur donner l'occasion de pratiquer les soins qu'ils doivent se donner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respecter leur rythme pour leur donner l'information ou répondre à leurs questions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enseigner comment planifier l'horaire et la préparation de leurs médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les renseigner sur les indications et les moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires possibles de leurs médicaments ou traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Comprendre quand ils ont besoins d'être seuls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poser des gestes pour assurer leur confort (ex: leur offrir des massages au dos, les aider à changer de position, ajuster l'éclairage, suggérer des appareils spécialisés...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remettre la pièce à l'ordre après s'être occupé(e) d'eux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vérifier si leurs médicaments soulagent leurs symptômes (ex: nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respecter leur intimité (ex: ne pas les découvrir inutilement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vérifier, avant de les laisser, s'ils ont tout ce qu'il leur faut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à clarifier ce qu'ils aimeraient que les personnes significatives leur apportent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les assister dans leurs soins quand ils ne sont pas capables de les faire par eux-mêmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir comment donner les traitements (ex: injections intraveineuses, pansements, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir se servir de l'équipement spécialisé (ex: pompes, moniteurs, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire les traitements ou donner les médicaments à l'heure prévue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encourager leurs proches à les soutenir (avec leur accord)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller leur état de santé de près	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à sentir qu'ils ont un certain contrôle sur leur situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir quoi faire dans les situations où il faut agir rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démontrer de la compétence et de l'habileté dans ma façon d'intervenir avec eux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir compte de leurs besoins de base (ex: sommeil, élimination, hygiène, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jusqu'à quel point pensez-vous **réalisables** les attitudes et comportements énumérés dans chacun des énoncés suivants

	Pas du tout réalisable	Un peu	Moyennement	Très	Extrêmement réalisable
Les aider à se sentir bien dans leur peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconnaître que la prière, la méditation ou autres peuvent être des moyens de les apaiser et de leur redonner espoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à explorer ce qui est important pour eux dans leur vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à explorer la signification qu'ils donnent à leur état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aider à rechercher un certain équilibre dans leur vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en considération leurs besoins spirituels (ex: prière, méditation, participation à des rites, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le trouble borderline

Les questions qui suivent sont directement liées au trouble de personnalité borderline

Cochez la réponse qui vous semble juste en ce qui concerne le trouble de personnalité borderline

	Vrai	Faux
On estime que 5 % des patients hospitalisés en psychiatrie souffriraient d'un trouble borderline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce trouble se manifeste, entre autres, par une instabilité émotionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le seul traitement spécifique de ce trouble est la psychothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On estime que sans intervention, la clinique de ce trouble s'améliore globalement en 10 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce trouble ne touche que des femmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'IRM fonctionnelle a mis en évidence des schémas neuronaux identiques pour les personnes ayant subies un traumatisme complexe et pour les personnes souffrant d'un trouble borderline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est recommandé d'intervenir seul pour que le patient ne puisse pas cliver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ces patients ont des difficultés à identifier les intentions de l'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il ne faut absolument pas hospitaliser ces patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les neuroleptiques sont proscrits pour ces patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon votre expérience, quel est votre degré d'accord avec les propositions suivantes en ce qui concerne les personnes souffrant d'un trouble borderline

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Très vrai	Extrêmement Vrai
Ce sont des manipulateurs (trices)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ils (elles) cherchent le rapport de force	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il vaut mieux les laisser seul(e)s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ils (elles) prennent plaisir à mettre l'autre en difficultés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hospitalisation à temps plein est une perte de temps pour tout le monde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sur une échelle de 0 à 10, à combien vous sentez-vous en capacité d'accompagner efficacement les personnes souffrant d'un trouble borderline (0 étant le minimum et 10 le maximum)

0 10

Pensez-vous avoir besoin d'être mieux formé(e) sur la prise en soins de ce trouble

Oui

Non

Pensez-vous que votre lieu d'exercice professionnel est adapté pour accompagner au mieux ces patients?

Oui

Non

Bénéficiez-vous de temps de supervision ou d'analyse de pratique?

Oui

Non et je pense que cela ne m'aiderait pas à mieux accompagner ces patients

Non et je pense que cela pourrait m'aider à mieux accompagner ces patients

AUTEUR : Dehaut Grégory

**Le 30 Juin
2023**

**Titre du
mémoire :**

Attributs et perspective de potentialisation des compétences des infirmiers pour l'accompagnement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline

**Mots-clés
libres:**

Trouble de la personnalité borderline, caring transpersonnel, modèle humaniste des soins infirmiers ; groupe d'analyse de pratique

Résumé :

Le trouble borderline est un trouble de la personnalité grave et fréquent qui met à mal la relation thérapeutique. C'est d'autant plus vrai avec les infirmiers alors que la relation est au cœur de leur métier. Le but de cette étude est d'identifier les attributs dont disposent les infirmiers qui se sentent efficaces pour accompagner ces patients afin de proposer des moyens d'amélioration des pratiques professionnelles à ce corps de métier.

Nous émettons l'hypothèse que la formation d'orientation psycho-thérapeutique est l'un de ces attributs. Nous posons également l'hypothèse qu'un niveau de caring plus élevé constituerait un deuxième attribut.

Ainsi, les infirmiers exerçant en psychiatrie, alcoologie et addictologie sur le territoire du PTSM Artois-Audomarois ont été invités à remplir un questionnaire en regard de ces deux attributs, de leur sentiment d'auto-efficacité à accompagner ces patients et des besoins qu'ils identifient.

Cette étude exploratoire, multicentrique a mis en évidence une corrélation positive entre niveau de caring mobilisable, et sentiment d'auto efficacité ainsi qu'un sentiment d'auto efficacité plus élevé chez les infirmiers formés à la psychothérapie.

Nous avons également constaté une forte demande de formation et de participation à des groupes d'analyse de pratique, ce qui correspond aux recommandations issues des données de la littérature pour augmenter les compétences des infirmiers afin d'accompagner ces patients.

Abstract :

Borderline personality disorder is a serious and common disorder that undermines therapeutic relationships. This is all the more true for nurses, given that relationships are at the heart of their profession.

The aim of this study is to identify the attributes possessed by nurses who feel effective in supporting these patients, in order to suggest ways of improving professional practice in this profession.

We hypothesise that psycho-therapeutic training is one of these attributes. We also hypothesise that a higher level of caring would constitute a second attribute.

Nurses practising in psychiatry, alcoholology and addictology in the Artois-Audomarois TMHP area were asked to complete a questionnaire on these two attributes, their sense of self-efficacy in caring for these patients and the needs they identified.

This exploratory, multi-centre study revealed a positive correlation between the level of caring that could be mobilised and the feeling of self-efficacy, as well as a higher feeling of self-efficacy among nurses trained in psychotherapy.

We also noted a strong demand for training and participation in practice analysis groups, which is in line with recommendations in the literature to increase nurses' skills in caring for these patients.

Directeurs de mémoire :

Madame la Docteure Ringot Camille , psychiatre

Monsieur François Duponchelle, infirmier en pratique avancée