

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématique.....	1
2.1 Contexte général du problème.....	1
2.2 Le trouble de la personnalité borderline.....	4
2.3 L'automutilation.....	6
2.4 L'alliance thérapeutique	8
2.5 Théorie infirmière de D. Orem.....	10
2.6 Question de recherche	13
3. Méthode.....	13
3.1 Base de données	14
3.2 Équations de recherche.....	14
3.3 Critères de sélection	15
3.4 Articles sélectionnés.....	15
3.5 Limites méthodologiques	16
4. Résultats	17
4.1 Résumés des lectures critiques.....	17
4.2 Synthèse des résultats.....	32
4.2.1 Sentiments des infirmières	32
4.2.2 Attitudes négatives des infirmières	33
4.2.3 Formation sur le trouble de la personnalité borderline	34
4.2.4 Stratégies d'interventions	36
4.2.5 Ressenti des patients atteints de trouble de la personnalité borderline	38
5. Discussion	38
5.1 Mise en perspective des résultats avec le cadre de référence.....	38
5.2 Mise en perspective des résultats avec la littérature	41
5.3 Réponse à la question de recherche.....	44
5.4 Caractère généralisable des résultats et limites du travail.....	46
5.5 Recommandations et implication pour la pratique professionnelle	47
6. Conclusion.....	51
7. Bibliographie	52
7.1 Liste de références.....	52
7.2 Liste bibliographique.....	57

1. Introduction

En Suisse, plus de 100'000 personnes souffrent d'un trouble de la personnalité borderline ; ce chiffre est plus élevé que les personnes qui souffrent de schizophrénie par exemple. Cette pathologie psychiatrique est omniprésente dans la pratique soignante et pose de réels problèmes, tant dans les services psychiatriques que dans les services somatiques. Il a été remarqué, durant les périodes de formations pratiques que les soignants ont des attitudes négatives et des préjugés envers ce type de patients, quel que soit le service de soin. Cela a soulevé passablement d'interrogations quant aux différentes pratiques et perceptions existantes dans les services et ces réflexions ont mené au présent travail.

La problématique va être développée et les concepts principaux, à savoir le trouble de la personnalité borderline, l'automutilation et l'alliance thérapeutique, seront exposés. Le cadre de référence théorique va être également présenté et sera suivi de la question de recherche. La méthodologie utilisée pour parvenir aux neuf articles scientifiques sélectionnés sera expliquée. Des résumés de ces articles seront faits, suivis d'une synthèse des résultats observés. Enfin, une discussion sera menée pour mettre en lien les articles scientifiques avec la littérature et le cadre de recherche afin d'arriver à des stratégies d'interventions ainsi que des recommandations pour la pratique professionnelle.

2. Problématique

2.1 Contexte général du problème

Le trouble de personnalité de type borderline ou état-limite, est, selon Audiard (2009), « un trouble caractérisé par un ensemble de traits dominés par l'instabilité, que ce soit dans les relations, les affects ou l'image de soi, et souvent avec une dimension notable d'impulsivité » (p. 18). De plus, « l'état limite serait le plus fréquent des troubles de la personnalité. Mais surtout, ces patients sont très consommateurs de soins, notamment dans l'urgence et la crise » (p. 18). Selon l'American Psychiatric Association (2013), la prévalence de la personnalité borderline oscille entre 1,6% et 5,9% dans la population générale [traduction libre] (p. 665). Selon la National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (2010), il y a une prévalence de 5,9% en Amérique, ce qui représente approximativement 18 millions d'Américains.

Toujours selon l'APA (2013), la prévalence du trouble de la personnalité borderline est d'environ 6% dans les établissements de soins primaires, environ 10% chez les personnes vues dans les cliniques externes en santé mentale ou en ambulatoire, et environ 20% chez les patients hospitalisés en psychiatrie. La prévalence du trouble de la personnalité borderline peut diminuer dans les groupes plus âgés. Le trouble de la personnalité borderline est diagnostiqué principalement (à 75%) chez les femmes. [traduction libre] (pp. 665-666). Selon Knuf (2014), « en Suisse, plus de 100'000 personnes

sont concernées. Le trouble de la personnalité borderline survient donc plus fréquemment que la schizophrénie par exemple » (p. 5). Selon l'APA (2013), les comportements d'auto-blessure commencent souvent au début de l'adolescence et peuvent continuer durant de nombreuses années. Les admissions hospitalières ayant comme motif les automutilations à but non-suicidaire ont lieu principalement chez des patients âgés entre 20 et 29 ans puis diminuent [traduction libre] (p. 804). En ce qui concerne la présence de l'automutilation chez les personnes ayant des troubles borderlines, il apparaît, selon Bohus, Limberger, Ebner, Glocker, Schwarz, Wernz et Lieb (2000) que l'auto-blessure a lieu chez 70 à 80% des patients qui correspondent aux critères diagnostiques de la personnalité borderline. Cependant, Knuf précise :

Aujourd'hui, les comportements d'automutilations sont souvent assimilés à tort au trouble de la personnalité borderline. Or, une personne qui s'inflige des blessures ne souffre pas automatiquement d'un trouble de la personnalité borderline, et toutes les personnes qui souffrent du trouble de la personnalité borderline ne s'infligent pas forcément des blessures (2014, p. 8).

En 2011, Fontaine décrit la conception de la prise en charge des personnes atteintes de trouble borderline :

La prise en charge des troubles de personnalité sévères en milieu hospitalier est une des tâches les plus complexes qui soit en psychiatrie. La raison est que ces patients ont au centre de leur problématique de graves difficultés relationnelles. [...] Ils peuvent être émouvants, irritants, régressifs, provocants, hyper-conformes, décourageants, préoccupants, passionnants et même parfois un peu tout cela en fonction du moment ou de l'interlocuteur. [...] Le challenge reste de pouvoir observer précisément tout à la fois le patient, son propre vécu de thérapeute et la relation, avec suffisamment de proximité pour rester empathique et suffisamment de distance pour rester professionnel (pp. 60-61).

Cette difficulté de prise en charge est également observée par Lauret (2011), « ces patients, très compliqués à prendre en charge en thérapie, sont instables dans leur suivi, attaquent le cadre et déclenchent fréquemment des réactions difficiles de contre-transfert chez le thérapeute, pouvant aller du rejet à la dépression » (p. 49). Selon Bellucci, « quelle que soit la relation établie, un contre-transfert s'établit toujours. C'est la nature de celui-ci qui peut être teintée de culpabilité, de violence ou d'un autre sentiment » (2009, p. 33). D'après Kapsambelis (2011), « les patients borderlines ont mauvaise réputation. Ils sont souvent en échec thérapeutique et provoquent culpabilité, agressivité et clivage chez les soignants » (p. 32).

Kapsambelis rajoute que :

Le soignant se trouve donc pris dans ce piège : il constate que le patient borderline - contrairement au schizophrène - est consentant et même demandeur de relation et de soins, et pourtant il va lui faire « faux bond » à la première occasion, donnant ainsi l'impression d'être déloyal ou manipulateur. [...] ce « faux bond » sera opéré, le plus souvent, plutôt en actes qu'en paroles (passage à l'acte, impulsivité). [...] Ces situations ont le don de cliver très rapidement l'équipe entre ceux qui pensent « qu'il faut le comprendre » (le patient) et ceux qui pensent « qu'il faut le frustrer », l'une comme l'autre des deux attitudes étant bien plus déterminée qu'on ne le pense par la rencontre entre la subjectivité du soignant et la particularité du fonctionnement d'un patient (2011, pp. 34-35).

Selon Karman, Kool, Poslawsky et Van Meijel (2014) l'importance d'une attitude professionnelle adéquate pour des soins de bonne qualité est à souligner. Les infirmières doivent être formées et éduquées de manière adéquate en ce qui concerne l'automutilation durant la formation professionnelle ou durant des formations spécifiques sur le lieu d'exercice de la profession. Les soignants ont besoin de temps et de ressources suffisantes pour construire une relation thérapeutique avec des personnes qui s'automutilent afin qu'ils puissent offrir des soins de qualité pour ce groupe de patients vulnérables. En effet, selon Starr (2004), le personnel médico-infirmier a tendance à montrer de l'impatience, de la frustration et de l'hostilité à l'égard des patients qui souffrent de trouble de la personnalité borderline. Cela entraîne des doutes et de la peur auprès des patients, qui se sentent d'autant plus stigmatisés. Toujours selon Starr (2004), les patients se sentent souvent mal accueillis dans les hôpitaux. L'article de Karman et al. (2014), avance que les professionnels de la santé se doivent d'être empathiques et de « comprendre » ce comportement d'automutilation qui serait une stratégie d'adaptation inappropriée pour faire face aux fluctuations émotionnelles et non pas un moyen d'attirer l'attention. Acquérir cette notion permettrait aux soignants de faire preuve de davantage d'empathie, de mettre en place une meilleure alliance thérapeutique et donc d'effectuer une prise en charge optimale.

Enfin, selon Knuf (2014), « 10% environ des personnes chez qui un trouble de la personnalité borderline a été diagnostiqué décèdent prématurément par suicide. Le trouble de la personnalité borderline est donc une maladie souvent mortelle et ne doit pas être sous-estimée » (p. 7). C'est pourquoi cette population qui apparaît comme « difficile » auprès des soignants mériterait une plus grande attention.

2.2 Le trouble de la personnalité borderline

Le trouble de la personnalité borderline est défini par l'APA (2013) comme étant un modèle général d'instabilité au niveau des relations interpersonnelles, de l'image de soi, de l'affect et marqué par de l'impulsivité qui commence dès l'âge adulte [traduction libre] (p. 663). Selon Carros (2009), « la notion d'état-limite est utilisée dès 1884 pour décrire des troubles mentaux qui ne relèveraient ni de la névrose, ni de la psychose, mais qui se situeraient à la frontière » (p. 26). Toujours selon Carros, « vers la fin des années 1980, le trouble de la personnalité borderline a été intégré comme maladie psychique dans les systèmes de classification utilisés en psychiatrie » (2009, p. 7). Le terme « borderline » se traduit par la « ligne frontière ». Cette traduction rejoint la définition de Carros de la limite : « la limite, c'est le chemin de traverse, la lisière, la frontière, la ligne de démarcation. En mathématique, on peut s'y approcher indéfiniment, sans jamais pouvoir la dépasser. [...] La limite, en tant que garante de bornes, est donc structurante » (2009, p. 26).

D'après l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (2013) :

Le trouble de la personnalité limite (TPL) ne peut pas être attribué qu'à un seul facteur. Toutefois, il est possible que des facteurs environnementaux et génétiques jouent un rôle dans le développement des symptômes. Les résultats de la recherche semblent démontrer que de nombreux individus atteints de TPL présentent des antécédents d'abus physique ou psychologique, ont souffert de carence affective ou de séparation tôt dans l'enfance, et qu'ils ont subi des événements stressants à l'âge de l'adolescence ou adulte. Cependant, plusieurs personnes atteintes d'un TPL n'ont pas subi d'abus, de négligence ou d'événement stressant.

Selon Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson et McSweeney (2007), il existe plusieurs symptômes qui sont dit « aigus » ou plus durables dans la maladie, ces principaux symptômes sont de l'impulsivité, de la colère (qui se manifeste le plus fréquemment par des automutilations), de l'anxiété, de la difficulté à gérer les relations interpersonnelles qui peuvent mener à un sentiment d'abandon et à des problèmes de dépendances. L'instabilité se manifeste dans les relations amicales, amoureuses, dans les comportements sexuels ou encore dans les valeurs propres à la personne. Leurs desseins professionnels ou de carrière en sont parfois modifiés. Enfin, les personnes atteintes du trouble borderline sont sujettes à un sentiment de vide intérieur et/ou d'ennui. De plus, elles se sentent incomprises par leur entourage. Afin de résumer cela, Pinkofsky (1997) a proposé un moyen mnémotechnique sous forme d'acronyme afin de présenter les symptômes principaux du trouble de la personnalité borderline: A.M SUICIDE.

A : *abandonment* : abandon

M : *mood instability* : humeur instable (réactivité de l'humeur marquée)

S : *suicidal behavior* : comportement autodestructeur

U : *unstable and intense relationships* : relations instables et intenses

I : *impulsivity* : impulsivité

C : *control of anger* : maîtrise de la colère

I : *identity disturbance* : trouble de l'identité

D : *dissociative symptoms that are transient and stress related* : symptômes dissociatifs qui sont transitoires et liés au stress

E : *emptiness (chronic feelings of)* : sentiment chronique de vide. [traduction libre] (p. 1198)

Comme pour la plupart des troubles psychiatriques, les traitements comportent deux grands axes : psychothérapeutiques et pharmacologiques. Ceux-ci sont essentiels dans le processus de rétablissement et sont interdépendants. De plus, il a été recommandé que le pilier du traitement pour le trouble de la personnalité borderline doit être la psychothérapie (Dean, 2001 ; APA, 2001 ; Krawitz & Watson, 2003). Le traitement psychothérapeutique, qu'il soit individuel ou en groupe, pour Zinder, Dermirici et Kollate (2014) :

Permet à plus de 50% des personnes concernées de se rétablir et a un effet bénéfique sur de nombreuses autres, en leur permettant de mieux contrôler les symptômes tels que les changements d'humeur, les sentiments de colère intense, les comportements d'automutilation ou les pensées suicidaires (p. 19).

Selon Knuf (2014) :

À ce jour, plusieurs traitements sont considérés comme particulièrement efficaces : les plus connus sont la thérapie comportementale dialectique (TCD) et la thérapie focalisée sur le transfert (TFT). Cependant, d'autres études en cours soutiennent également l'efficacité de certaines interventions telles que la thérapie basée sur les schémas (TBS) et la thérapie basée sur la mentalisation (MBT) qui font partie de certains programmes de prise en charge dans des institutions romandes (p. 19).

La Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive (n.d.) soulève que :

Il n'existe pas de médicaments spécifiques pour traiter le trouble borderline. Le but de la TCD est d'amener le patient à maîtriser lui-même son problème à l'aide de ses propres compétences. Par contre, il est possible de soulager certains symptômes par une médication. C'est pourquoi, plus particulièrement en début de traitement, des médicaments peuvent être ordonnés pour diminuer les états de tension, les tendances à la dissociation ou améliorer le sommeil ou encore combattre un trouble parallèle tel que la dépression par exemple. On évitera toutefois la prescription de médicaments provoquant une dépendance, comme la benzodiazépine, qui risquent de compromettre durablement les facultés d'apprentissage et la volonté de développer des compétences pour faire face aux propres problèmes.

Les différentes psychothérapies et la question pharmacologique ne seront pas détaillées davantage dans ce travail.

Un grand nombre de personnes atteintes de trouble de la personnalité borderline sont affectées par des comorbidités. Ainsi, selon Biskin et Paris (2013), d'autres troubles psychiques, notamment les troubles de l'humeur, touchent jusqu'à 96% des patients ayant des troubles borderlines. Sont aussi reportés de fréquents troubles dépressifs (de 71 à 83% des patients), des troubles anxieux (jusqu'à 88% des patients atteints de troubles borderlines). De plus, 47 à 56% des personnes présentent un état de stress post-traumatique. Enfin, l'abus ou même la dépendance à l'alcool ou à diverses substances sont associés aux troubles de la personnalité limite dans 50 à 65% des cas. On trouve aussi des troubles du comportement alimentaire, des troubles paniques, des difficultés de sommeil ou encore d'autres troubles de la personnalité mais dans une moindre mesure.

Concernant l'évolution et le pronostic du trouble borderline, dans les symptômes dits « aigus » (automutilations, actions et menaces suicidaires, relations instables et dévalorisations), Zanarini et al. (2007) relèvent que lors d'un traitement approprié, les symptômes se résorbent en 6 mois. Un taux de 95% de rémission complète est atteint après 16 ans de suivi rigoureux du traitement préconisé. La diminution de ces symptômes est valorisant pour les patients et les motive dans la poursuite du traitement. Selon Gunderson (2011), toutes les thérapies psychothérapeutiques ont prouvé une efficacité supérieure aux soins habituels. En effet, une réduction de 80 à 90% des besoins d'autres traitements et une diminution de 50% des épisodes d'automutilation et de tentamen ont été observées.

2.3 L'automutilation

Selon Karman et al. (2014), l'automutilation est un problème de santé relativement courant et qui devient même, selon l'étude, de plus en plus présent dans la pratique. Les infirmières jouent un rôle central dans la prise en charge des patients qui s'automutilent. L'automutilation est un concept aussi vaste et complexe qu'individuel. Souvent associée au passage de l'adolescence à la vie adulte, cette problématique ne sera pas développée ici. Le comportement d'auto-agressivité est un acte qui est expliqué par de multiples auteurs, mais la définition sur laquelle la plupart s'accordent, et qui est souvent reprise, est celle de Walsh qui affirme que l'acte d'automutilation est « intentionnel, auto-effectué, à faible atteinte vitale corporelle, d'une nature socialement inacceptable et réalisé afin de réduire une détresse psychologique » (2006, cité dans Gicquel, 2009, p. 23). L'APA complète cette définition en ajoutant que la caractéristique essentielle de l'automutilation non suicidaire est le fait que l'individu s'inflige de manière répétée des blessures de surface, superficielles bien que douloureuses. Plus communément, l'intention est de réduire des émotions négatives, telles que la tension, l'anxiété et le sentiment de culpabilité, et/ou de résoudre une difficulté interpersonnelle. Dans certains cas, la blessure est perçue comme une punition méritée. Cela procure à la personne un sentiment de

soulagement durant la blessure auto-infligée. De plus, quand le comportement survient fréquemment, il peut être associé à une impression d'urgence et de besoin. Le schéma comportemental résultant ressemblant alors à une addiction [traduction libre] (2013, p. 804).

La sortie du DSM-5 en mai 2013 a signé l'arrivée de la notion d'automutilation qui y est désignée comme *Nonsuicidal Self-Injury* (APA, 2013, p. 803). Cette notion n'y apparaît pas en tant que tel dans la catégorie des troubles mais dans celle des sujets à approfondir davantage dans des études complémentaires. Cela au même titre, par exemple, que les désordres dûs aux jeux sur internet (*Internet Gaming Disorder*). De plus, la notion de fréquence, souvent contradictoire selon les auteurs, y a été incluse et précisée. En l'occurrence, l'APA désigne qu'il y a automutilation si l'individu a, pendant l'année, effectué durant 5 jours ou plus (suivis ou non) des lésions auto-infligées dans le but de provoquer des saignements, des ecchymoses ou de la douleur (sans intention suicidaire) [traduction libre] (2013, p. 803).

Selon Starr, les actes automutilatoires provoquent des réponses et des réactions fortes et bien souvent négatives de la part des soignants. De plus, ces comportements semblent être en augmentation (2004). Ce type de comportement est très fréquent chez les personnes atteintes de trouble de la personnalité borderline. Selon Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi et Rouillon (2008), il concerne en effet 50 à 80% des personnes et est souvent répétitif (plus de 41% des patients font plus de 50 automutilations). La forme la plus courante de comportement d'auto-blessure est la section, mais des ecchymoses, des brûlures, des morsures ou le fait de se cogner la tête ne sont pas rares. Les fonctions de l'automutilation sont diverses : elle procure un soulagement des états d'humeur négatifs, réduit la détresse, obtient l'attention et les soins d'autres personnes ainsi que des thérapeutes et exprime des émotions de manière symbolique (Oumaya et al. 2008). Gicquel (2009), ajoute que l'acte a aussi pour fonction la recherche de contrôle sur la douleur et sur les traumatismes passés et qu'il permet « la sécurisation et l'authentification du sens de soi » (p. 27).

De plus, il est important de dissocier l'automutilation de l'acte à but suicidaire. Selon le Service correctionnel Canada :

L'AMNS (automutilation non suicidaire) et la tentative de suicide sont des types de comportement distincts. [...] Les raisons exprimées par les personnes qui commettent des tentatives de suicide et des actes d'AMNS ne sont pas les mêmes, bien qu'il y ait un certain recoupement. Comme le nom l'indique, la tentative de suicide est faite par quelqu'un qui a l'intention de s'enlever la vie, contrairement à l'AMNS. [...] Certaines caractéristiques personnelles distinguent les personnes qui tentent de se suicider et celles qui commettent des actes d'AMNS. Celles qui tentent de se suicider présentent généralement plus de symptômes de dépression et expriment plus de colère et d'agressivité. Celles qui commettent

principalement des actes d'AMNS tendent à faire preuve de plus d'instabilité émotionnelle et de versatilité. L'idéation suicidaire est un signe précurseur de tentatives de suicide, alors que ce n'est pas le cas de l'AMNS (2012).

Bourgeois précise que l'automutilation apparaît dans une période de crise, « lorsque s'impose une impasse existentielle génératrice d'une souffrance psychologique qui s'inscrit le plus souvent au niveau de la sphère narcissique. L'estime de soi et l'idée de soi sont en jeu plus que l'intégrité corporelle ou la vie » (2009, p. 33). Starr (2004) précise que le déclencheur le plus commun à ces comportements est une situation qui produit un sentiment de rejet, de colère, d'abandon et de culpabilité. De plus, le risque d'auto-blessure est exacerbé par la prise de drogues, de psychotropes ou d'alcool, car l'état de conscience modifié diminue la capacité de discernement et ainsi la faculté d'autoprospection de la personne (Bourgeois, 2009).

Afin de résumer l'acte, Bourgeois souligne que l'automutilation chez la personne atteinte de trouble borderline « renvoie à une souffrance agie qui trouve sa source dans la faillite aiguë ou chronique des mécanismes ordinaires protecteurs de l'intégrité du sujet » (2009, p. 36). Cela démontre que dans la définition de l'automutilation ce n'est pas le geste même qui est essentiel, mais bien le contexte, l'intention, ainsi que le ressenti de la personne. De plus, pour les soignants, il est primordial de comprendre ce phénomène car les patients qui s'automutilent sont « revictimisés » lorsqu'ils se sentent traités avec hostilité et sans sympathie par les soins. Cela exacerbe leur sentiment d'abandon et d'inutilité (Starr, 2004). Ainsi, toujours selon Starr, les soignants peuvent fournir des soins empreints d'empathie lorsqu'ils comprennent que le comportement d'auto-destruction n'est pas un moyen de gagner leur attention mais une stratégie de *coping* mal adaptée face à leur insupportable douleur émotionnelle (2004).

2.4 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique en soins infirmiers, selon Phaneuf, est « la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être » (2016, p. 1). Un postulat de Rogers dit que « tout individu possède le potentiel pour trouver sa propre réponse à ses difficultés » (2005, p. 2). Collot rajoute que lorsqu'une personne voit ses forces diminuées ou sa volonté affaiblie par la maladie ou la douleur, elle ne peut y arriver seule. Il lui faut une alliance thérapeutique bienveillante et solide où l'empathie, la motivation et le soutien sont présents. Cette alliance qui va s'établir entre le patient et le soignant va créer un lien et favoriser un projet de soins commun (2011).

L'alliance est un processus interactionnel qui repose sur deux éléments : la négociation (l'échange) et la réciprocité (le partage). Une bonne alliance apparaît lorsque le soignant et le patient définissent ensemble la problématique, trouvent des objectifs, développent un plan d'intervention et partagent la responsabilité de la prise en charge et de l'évaluation des résultats (Collot, 2011).

L'alliance thérapeutique qui se crée lors d'une hospitalisation ou lors de certaines thérapies est nommée par Cungi « rapport collaboratif ». Cette notion sous-entend une participation active de la part du patient. Cette relation est la première étape, fondamentale et indispensable mais non « unique » qui forme l'alliance thérapeutique. Un rapport collaboratif a autant besoin d'une dimension affective que professionnelle pour être efficace (2006). Sandler, Dare et Holder (1975), précisent que « l'alliance thérapeutique n'équivaut pas à suivre le traitement simplement pour acquérir du plaisir ou toute autre forme de gratification » (p. 33).

Selon Stantzos et Schneedebeli (2012) :

À l'hôpital, les soignants doivent aborder la notion de cadre thérapeutique sous la forme d'un engagement avec le patient. C'est une nécessité vitale face aux difficultés. Le cadre leur permet ainsi de penser le soin s'ils veulent que la rencontre advienne et se prolonge [...]. L'échec du soin est parfois trop rapidement attribué à des patients qui ne semblent pas vouloir collaborer. Il ne faut pas faire porter la responsabilité de ce vécu négatif au patient ni au soignant, mais à leur relation, à ce qui s'y joue, à ce qui se répète. Il s'agit plutôt de définir et de construire un cadre de pensée et d'échanges qui permet de créer des conditions de travail pour que le soignant se dégage de ses emprises affectives (p. 55).

Selon Morasz, Barbot, Morasz et Perrin-Niquet, « l'empathie est ce qui rend la relation possible. L'authenticité est ce qui rend la relation vraie. La congruence est ce qui rend la relation efficace. La reformulation est ce qui rend la relation dynamique » (2012, p. 183).

L'alliance thérapeutique est une condition indispensable pour que le patient modifie ses émotions, ses croyances mais aussi ses comportements problématiques et qu'il désire changer. Cette alliance est facile à créer avec les patients anxieux mais plus difficile avec les patients borderlines. Pour ces patients, la relation doit être au centre des psychothérapies (Cottraux, 2004).

Enfin, la responsabilisation est une notion importante pour les troubles de la personnalité borderline afin de permettre une bonne prise en charge et donc une alliance thérapeutique. « Se responsabiliser » a été défini par Stigler et Quinche (2001) comme signifiant « qu'on reconnaît et qu'on assume le fait de contribuer activement ou passivement à ce qu'on vit dans une relation, un événement, un état d'âme » (p. 352).

De plus, ils ont ajouté que :

Le patient ayant des troubles de personnalité mentionnés est en principe responsable de ce qu'il fait et de ce qu'il ne fait pas ; l'attitude thérapeutique doit tenir compte de cette compétence conservée [...]. Cette responsabilité peut cependant traverser des moments de crise, et l'approche de cette crise par le médecin peut être décisive pour toute l'évolution ultérieure : favorable si à court terme, la re-responsabilisation réussit, défavorable et à risque de chronicisation, si le médecin ou l'institution soignante surprotège, déresponsabilise, infantilise et rend dépendant le patient (p. 352).

2.5 Théorie infirmière de D. Orem

La théorie de l'auto-soin de Dorothea Elizabeth Orem a été choisie comme cadre de référence afin d'être au plus près des concepts choisis, afin de s'ancrer au sein d'une théorie infirmière mais aussi car les patients souffrant de trouble borderline ont besoin de guidance et de soutien pour accomplir leurs auto-soins et ainsi les gérer seul par la suite. La théorie d'Orem compte six concepts : quatre pour exprimer les caractéristiques des personnes ayant besoin de soins infirmiers (l'auto-soin, l'exigence d'auto-soin thérapeutique, la capacité d'auto-soin et le déficit d'auto-soin) et deux concepts pour exprimer les caractéristiques des actions des infirmières (la capacité de soins infirmiers et les systèmes de soins infirmiers). Les quatre concepts selon Orem (1987) pour exprimer les caractéristiques des patients (dans le cadre de ce travail, les personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline) sont ainsi définis (p. 49) :

- L'auto-soin : « production d'actions orientées vers soi ou son environnement, en vue d'assurer la régulation de son processus fonctionnel, dans l'intérêt de sa vie, de son processus fonctionnel intégré et de son bien-être ».
- L'exigence d'auto-soin thérapeutique : « mesures de soin exigées à certains moments pour satisfaire les nécessités d'actions régulatrices visant à maintenir la vie, à maintenir ou à promouvoir la santé, le développement et le bien-être général ».
- La capacité d'auto-soin : « capacité complexe d'agir qui s'exerce par l'exécution des actions et des opérations d'auto-soin ».
- Le déficit d'auto-soin : « relation entre la capacité d'auto-soin et l'exigence d'auto-soin thérapeutique, relation dans laquelle la capacité d'auto-soin n'est pas adéquate pour satisfaire l'exigence d'auto-soin thérapeutique identifiée ».

Robichaud-Ekstrand (1990) complète : « lorsque les exigences d'auto-soin thérapeutique excèdent la capacité de la personne à s'y engager, il se produit un déséquilibre et les limites d'engagement de la personne se traduisent en déficit d'auto-soins. C'est à ce moment-là que les soins infirmiers sont légitimes » (p. 44).

Les deux concepts des actions infirmières selon Orem (1987) sont définis comme suit (p. 49) :

- La capacité de soins infirmiers : « la capacité complexe d’agir exercée par les infirmières quand elles déterminent les besoins d’assistance en soins infirmiers des personnes ayant différents types de déficit d’auto-soin et quand elles conçoivent et dispensent les soins requis ».
- Le système de soins infirmiers : « une série continue d’actions produites par les infirmières quand elles relient un ou plusieurs modes d’assistance à leurs propres actions et à celles de leurs patients afin de satisfaire les exigences d’auto-soin thérapeutique de ceux-ci ou de les aider à assurer la régulation de leur capacité d’auto-soin ».

Il y a plusieurs propositions d’Orem qui existent pour définir l’auto-soin, le déficit d’auto-soin et les systèmes de soins infirmiers. Il a été choisi de cibler sur les propositions des systèmes de soins infirmiers car elles sont les plus importantes dans le cadre de ce travail qui est axé sur les interventions infirmières. Selon Orem (1987), il y a 8 propositions pour les systèmes de soins infirmiers :

1. « Les infirmières entrent en relation et interagissent avec les personnes qui ont, vis-à-vis d’elles, un statut de patient.
2. Les patients légitimes de l’infirmière ont des nécessités d’auto-soins continues présentes et potentielles.
3. Les patients légitimes de l’infirmière ont des déficits présents ou potentiels quant à la satisfaction de leurs propres nécessités d’auto-soin.
4. Les infirmières déterminent les valeurs existantes et changeantes des nécessités d’auto-soin continu des patients, choisissent les méthodes ou les technologies jugées valides et fiables pour satisfaire ces nécessités, formulent les lignes de conduite nécessaires à leur utilisation en vue de répondre aux nécessités d’auto-soin identifiées.
5. Les infirmières déterminent les valeurs existantes et changeantes des capacités qu’ont les patients de satisfaire leurs nécessités d’auto-soin en recourant à des procédés ou des technologies spécifiques.
6. Les infirmières évaluent le potentiel des patients par rapport a) au refus de s’engager dans un processus d’auto-soin à des fins thérapeutiques, b) au développement ou au perfectionnement de leurs capacités de s’engager dans un processus de soins, dès maintenant ou dans l’avenir.
7. Les infirmières et les patients agissent conjointement pour répartir les rôles de chacun dans la production de l’auto-soin du patient et la régulation de ses capacités d’auto-soin.
8. Les actions de l’infirmière et des patients (ou les actions des infirmières compensant les limitations d’action des patients), qui assurent la régulation des capacités d’auto-soin de ceux-ci et satisfont leurs nécessités d’auto-soin, constituent des systèmes de soins infirmiers » (pp. 57-58).

Toujours selon Orem (1987) : « en partant du principe que ce sont soit les infirmières, soit les patients ou encore les infirmières et les patients qui peuvent agir pour satisfaire les nécessités d'auto-soin de ces derniers, on reconnaît trois variations fondamentales des systèmes de soins infirmiers » :

Le système de soins infirmiers entièrement compensatoire :

Cerne les soins offerts aux personnes incapables de s'engager dans toute forme d'actions délibérées (ex. : client comateux) ; à celles qui sont conscientes et capables d'observer, de porter des jugements et de prendre des décisions sur l'auto-soin, mais incapables d'exécuter des actions nécessaires (ex. : le client paraplégique) ; et celles qui sont capables d'actions mais sont incapables de porter des jugements et de prendre des décisions judicieuses sur l'auto-soin (ex. : le client confus) (Robinchaud-Ekstrand, 1990, p. 44).

Le système de soins infirmiers partiellement compensatoire :

S'applique aux situations envers lesquelles l'infirmière et le client partagent la responsabilité des actions de soins. Ce partage dépend des limitations du client à se déplacer et à manipuler des objectifs, des connaissances scientifiques et technologiques ainsi que des habiletés qu'elles requièrent ; ou de l'état psychologique du client devant les activités spécifiques à exécuter ou à apprendre (Robinchaud-Ekstrand, 1990, p. 44).

Le système de soins infirmiers de soutien-éducation : « s'applique aux situations où le client montre une capacité à exécuter et à apprendre, sans toutefois pouvoir y arriver sans instruction et aide » (Robinchaud-Ekstrand, 1990, p. 44).

Robinchaud-Ekstrand (1990) dit « qu'il y a plusieurs modes d'assistance infirmiers qui existent dans chaque système de soins infirmiers pour satisfaire les nécessités d'auto-soin du client » (p. 44).

Les cinq modes d'assistance selon Orem (1987) sont :

1. Agir ou faire quelque chose pour quelqu'un d'autre
2. Guider
3. Soutenir physiquement ou psychologiquement
4. Procurer un environnement qui favorise un développement personnel permettant de satisfaire les exigences d'action présentes ou futures
5. Enseigner (pp. 172-174)

Cette théorie infirmière va être mise en lien avec les résultats des articles ainsi qu'avec la littérature dans le chapitre de la discussion.

2.6 Question de recherche

Comprendre, analyser et faire progresser la pratique infirmière est très important. Cela permet d'améliorer à la fois la prise en charge des patients mais aussi la qualité de travail du personnel soignant. Ainsi, la problématique aboutit à la question de recherche qui se construit comme étant :

Quelles sont les interventions infirmières les plus efficaces, pour contenir les gestes et pratiques d'automutilation dans une population d'adultes souffrant de trouble de la personnalité borderline ?

Afin de préciser cette dernière, la méthode PICOT aide à cibler la recherche.

P(population) : personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline, adulte.

I(intervention) : prise en charge dans un hôpital psychiatrique par des infirmières.

C(comparaison) :-

O(outcome) : diminution de l'automutilation.

T(temps) : lors de l'hospitalisation.

Le C du PICOT n'est pas mentionné car dans la problématique, il n'y a pas de comparaison réalisée.

3. Méthode

Afin d'effectuer une recherche documentaire pertinente, l'adoption de plusieurs stratégies de recherche a été nécessaire. Pour débiter, la définition claire et précise de la question de recherche a été effectuée (cf. ci-dessus) notamment grâce au PICOT. Cette démarche a permis de cibler les mots-clés issus des concepts majeurs qui serviront à la recherche puis à la sélection d'articles scientifiques. Par la suite, ils ont été convertis en descripteurs spécifiques selon la base de données utilisée.

L'utilisation de la base de données CINAHL a été sélectionnée, car celle-ci est vaste et vise les sciences de la santé, la santé publique mais surtout les soins infirmiers. L'autre grande base de données employée est MEDLINE/PubMed pour ses références médicales. Enfin, les descripteurs cités ci-dessous ont été associés afin de créer diverses équations de recherche qui ont été insérées dans les différentes bases de données. Ces équations ont été adaptées et modifiées selon les résultats obtenus afin d'accroître la stratégie de recherche et obtenir davantage d'articles. Le choix final a pu être réalisé grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion établis au préalable.

3.1 Base de données

Il a été décidé d'utiliser deux bases de données qui prennent en compte la discipline infirmière et qui sont également accessibles depuis HESAV. Ces deux bases de données sélectionnées sont CINAHL et MEDLINE/PubMed. Le cross-referencing a été utilisé afin d'étayer les points de vue et les résultats. Les concepts centraux de la question de recherche ont été ressortis puis traduits en anglais. Concernant la base de données CINAHL, les mots-clés ont été adaptés en descripteurs ou Subject Headings alors que pour MEDLINE/PubMed, ils ont été ajustés en MeSH terms.

Concepts de la question de recherche	Mots-clés	CINAHL	MEDLINE/PubMed
P : trouble de la personnalité borderline, adulte	Borderline personality disorder, Borderline type, Emotional intensity disorder, Borderline disorder	Borderline personality disorder	Borderline disorder, Borderline personality disorder, Borderline personality
I : prise en charge	Nursing care, Nurse intervention, Nurses' attitude,	Nursing interventions, practical nurses, Nurse attitudes, Nursing care plans	Nursing practice, Nursing care, Nursing interventions
O : diminution de l'automutilation	Self-harm, Self-injury, Deliberate self-harm, Self mutilation, Self injurious behavior	Injuries self-inflicted, Self-injurious behavior	Self injury disorder, Self injurious behaviour, Deliberate self harm, Self harm cutting
T : lors d'hospitalisation psychiatrique	Psychiatric care, Psychiatric hospital, Mental hospital, Mental institution, Hospitalization psychiatric	Hospitals psychiatric, Psychiatric service, Psychiatric units	Psychiatric hospital, Psychiatric hospitalization

3.2 Équations de recherche

L'équation de recherche pour CINAHL est :

(MH "Borderline Personality Disorder") AND ((MH "Nursing Interventions") OR (MH "Psychiatric Nursing")) AND ((MH "Injuries, Self-Inflicted") OR (MH "Self-Injurious Behavior"))

Il y a 12 résultats d'articles puis 7 après avoir mis le filtre « full text ». Dans les résultats des 7 articles trouvés, il a été choisi de n'en sélectionner qu'un seul car les autres sont des revues de littératures ou sont hors sujet.

L'équation de recherche pour MEDLINE/PubMed est :

((("Self-Injurious Behavior"[Mesh]) OR ("Self-Harm"))) AND ("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND (((("Nursing Care"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND ("last 10 years"[PDat])"

Il y a eu 7 résultats avec les filtres « articles publiés il y a moins de 10 ans » et « full text ». Parmi ces résultats, 3 articles ont été sélectionnés ; les autres articles contiennent des critères d'exclusion.

3.3 Critères de sélection

Des critères d'inclusions et d'exclusions ont été définis pour pouvoir trouver des résultats au plus près de la question de recherche posée.

Critères d'inclusion :

- Population adulte (18 à 65 ans) hospitalisée en psychiatrie
- Personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline
- Population atteinte de trouble borderline sujette à des automutilations lors d'hospitalisations
- Pris en charge par des infirmières à un moment donné de l'hospitalisation
- Articles scientifiques
- Issus de plusieurs pays pour avoir une vision générale du problème
- Full text

Critères d'exclusion :

- Articles publiés dans une autre langue que le français ou l'anglais
- Articles publiés il y a plus de dix ans
- Automutilations dans un contexte autre que borderline ou à but de suicide
- Ne mentionnant pas le rôle infirmier
- Personne souffrant de trouble borderline en hospitalisation somatique (chirurgie, médecine...)
- Revue de littérature

3.4 Articles sélectionnés

Neuf articles scientifiques ont été trouvés à l'aide des deux bases de données citées ci-dessus et du cross-referencing ;

Un article venant de CINHALL :

Evans, M. (2007). Being driven mad : towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 216-232.

Trois articles venant de MEDLINE/PubMed :

O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules : the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 64-71.

Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 72-78.

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind' : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 703-709.

Cinq articles venant de cross-referencing :

Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491-498.

Commons Treloar, A.-J., & Lewis, A.-J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder : randomized controlled trial. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 981-988.

Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43-49.

James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.

Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510-521.

3.5 Limites méthodologiques

L'utilisation des deux bases de données seules aurait été trop pauvre, c'est pourquoi il a été pertinent d'utiliser le cross-referencing. Cela a permis d'enrichir la diversité des articles trouvés. L'emploi de ces deux bases a été quelque peu laborieuse, particulièrement pour arriver aux équations de recherche.

De plus, les recherches ont été étalées dans le temps et se superposaient aux périodes de formations pratiques et, par conséquent, il était difficile d'avoir un suivi rigoureux lors des premières phases de réalisation du travail.

4. Résultats

4.1 Résumés des lectures critiques

- **Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491–498.**

Cette étude qualitative menée au Royaume-Uni a pour but d'explorer les différentes expériences que vivent les soignants dans une unité spécifiquement dédiée aux patients avec des troubles borderlines évalués de modérés à sévères. Ce service a pour modèle théorique celui de la communauté thérapeutique. Le mode d'admission y est volontaire. Des infirmières, des thérapeutes sociaux, un art-thérapeute et un psychiatre ont été interviewés ($n = 9$) durant 1h à 1h30 avec des entretiens semi-structurés. Trois questions ont été posées aux participants : « Quelle est votre expérience avec les “bonnes pratiques” ? », « Comment avez-vous appris les “bonnes pratiques” ? » ainsi que « Quelles sont les structures qui ont soutenu cet apprentissage ? ». L'analyse des données a mis en évidence quatre grands thèmes : une prise de décision partagée, des rôles sociaux, un soutien par les pairs et une communication ouverte. Les soignants ont mentionné que le fait d'avoir des structures en place qui facilitent les décisions partagées entre les soignants et les patients était important et permettait de mettre les patients au centre des thérapies. Les soignants ont aussi déclaré qu'il est important que le patient puisse jouer un rôle social au sein de l'unité, comme par exemple participer au ménage, effectuer des petits travaux, ou encore participer aux repas. Cela lui permet d'identifier ses difficultés interpersonnelles et ainsi de pouvoir y travailler et en tirer des apprentissages pour son futur. Le soutien par les pairs est aussi important car il permet notamment de développer la capacité à valoriser les ressources que les patients peuvent fournir à d'autres. Enfin, la communication ouverte permet aux patients de faire une évaluation plus réaliste de soi et des autres. Les limites de cette étude sont d'une part le caractère spécifique du service (qui est centré sur le rétablissement) où a été mené l'étude, d'autre part le faible nombre de participants. Il n'y a pas de critères d'inclusion et d'exclusion nommés. Toutefois, l'échantillonnage tente de refléter le poids relatif des différents membres de l'équipe interdisciplinaire. Enfin, l'étude peut être qualifiée de rigoureuse car elle respecte cinq aspects importants : un échantillonnage raisonné, une piste de vérification de l'analyse des données, une identification des limites, une large description des résultats et un cadre théorique pour structurer l'analyse.

- **Commons Treloar, A.-J., & Lewis, A.-J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder : randomized controlled trial. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 981-988.**

Le but de cette étude est d'évaluer la participation à une formation clinique sur le trouble de la personnalité borderline et sur les attitudes des soignants face à ce type de population. Elle montre l'importance d'une formation sur le trouble de la personnalité borderline qui permettrait d'avoir des comportements professionnels plus cohérents et plus empathiques avec ces patients, afin de favoriser une alliance thérapeutique. Cette étude a été réalisée auprès de 99 participants (n = 99) (domaine des soins infirmiers, paramédicaux et médicaux), faisant partie de deux services de psychiatrie en Australie et d'un service de médecine d'urgence en Nouvelle-Zélande. Les participants ont répondu à des questions démographiques (sexe, années d'expérience clinique, formations, occupation principal, contact avec les patients ayant des troubles borderlines) et un questionnaire sur les attitudes face à l'automutilation (composé de 33 questions à marquer sur une échelle de Likert à 4 points [de fortement en désaccord à tout à fait d'accord]). Ils ont répondu à ces questions avant la formation et ont ensuite suivi la formation ayant pour but de décrire et expliquer le trouble de la personnalité borderline, la prévalence, les critères diagnostiques, les facteurs étiologiques, la définition et les taux d'automutilation et de suicide, les réponses thérapeutiques, et les directives cliniques à travailler avec les patients ayant des troubles borderlines notamment. Après cette formation de deux jours, ils ont à nouveau dû répondre au questionnaire. Les résultats montrent une amélioration significative des attitudes des soignants face aux patients souffrant de troubles borderlines suite à leur participation aux programmes d'éducation, surtout pour les femmes et plus petite pour les hommes (ceci peut être expliqué par le fait que les hommes avaient des attitudes plus négatives que les femmes déjà avant la formation). Les participants qui ont suivi une formation de niveau universitaire ont eu plus d'améliorations que les autres (probablement du fait qu'ils ont l'habitude de travailler en séminaire). Il y a également eu une amélioration auprès des cliniciens qui ont moins de 16 ans d'expérience clinique et moins d'amélioration chez les personnes qui ont plus de 16 ans de pratique ; ce qui serait attribué au fait que ces cliniciens sont plus ancrés dans leur pratique traditionnelle. Enfin, les participants à la formation ont décrit leurs attitudes plus positives une fois qu'ils ont acquis des connaissances sur le trouble. Ces résultats confirment la nécessité de formations régulières sur les personnalités borderlines pour les différents professionnels pour faciliter la relation avec ces patients et être plus empathique. L'échelle de Likert montre une bonne fiabilité de l'instrument de mesure. Un tiers des questions sont formulées dans le sens négatif pour réduire les biais de réponse. De plus, l'outil d'évaluation et le fait que le participant soit obligé de se positionner permet d'éviter des réponses neutres. Cependant, il n'y a pas de critères d'inclusion et d'exclusion. Les limites de l'étude sont la taille de l'échantillon et un manque de suivi à long terme pour évaluer les attitudes des professionnels qui ont reçu la formation.

- **Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43-49.**

Cette étude quantitative a pour but de décrire les attitudes que les infirmières en psychiatrie ont face à des patients qui sont atteints de trouble de la personnalité borderline. Cette étude a eu lieu à Melbourne et interroge (sous forme d'un questionnaire de 50 items) 48 infirmières (n = 48) qui travaillent dans une unité d'hospitalisation psychiatrique ou dans une unité psychiatrique communautaire. Les résultats ont été classés dans trois différents tableaux regroupant trois thèmes : les réactions émotionnelles négatives des soignants envers les patients ayant des troubles borderlines, la perception des infirmières envers les personnes souffrant de troubles borderlines et la gestion des patients. Concernant les réactions émotionnelles négatives des infirmières envers les patients atteints de troubles borderlines, 89% considèrent ces patients comme des manipulateurs, 38% comme nuisibles, 51% pensent qu'ils font du chantage affectif et 32% se mettent en colère face à ceux-ci. Enfin, 44% des infirmières ont répondu qu'elles ne savaient pas comment prendre soin de ces patients. Les infirmières perçoivent certains éléments concernant la responsabilité de ceux-ci. 79% des infirmières pensent qu'enfreindre la loi fait partie des responsabilités des patients, tout comme 64% pensent que les patients sont responsables de leurs comportements suicidaire, et 47% des infirmières disent qu'elles ont la responsabilité de garder les patients en vie. Un petit pourcentage blâme les patients qui font une tentative de suicide. Il y a 15% des infirmières qui pensent que ces types de patients sont mieux gérés à l'hôpital, 11% pensent que c'est mieux avec des médicaments et 9% disent qu'ils ne doivent jamais être admis dans un hôpital. La moitié du personnel trouve qu'il devrait avoir un certain nombre d'organismes pour gérer ce type de populations (services psychiatriques spécialisés). Il est difficile pour les chercheurs de comprendre comment l'alliance thérapeutique (qui est un rôle vital de l'infirmière en psychiatrie) peut être initié ou maintenu au sein d'un tel défi psychologique. Les constatations de l'étude mettent en avant qu'il y a un besoin de formation et d'éducation du personnel soignant car il est important d'établir une relation de confiance et de maintenir cette relation avec le patient, ce qui est impératif dans la relation infirmière-patient ; ce qui n'est pas possible lorsque les soignants ressentent de telles émotions envers les patients ayant des troubles borderlines. Une limitation majeure de l'étude est l'utilisation d'un instrument qui n'a pas été utilisé auparavant dans la collecte de données et qui n'a pas été testé pour la fiabilité et la validité de l'étude. Il y a également la taille de l'échantillon qui est une limitation mais qui peut être considéré comme représentatif de la population totale car c'est une répartition assez égale entre le milieu hospitalier et communautaire.

- Evans, M. (2007). **Being driven mad : towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference.** *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 216-232.

Cette étude, qu'il est difficile de vraiment définir, s'intéresse au concept psychanalytique du contre-transfert. En effet, le personnel infirmier est souvent confronté à ce problème qui se définit comme étant l'impact que peut avoir un patient sur l'inconscient d'un soignant. Partant de cela, l'auteur analyse 4 cas de figures de contre-transfert au travers de 4 exemples. Dans le premier, le patient développe des pensées paranoïaques et schizoïdes, et pense notamment qu'il sera puni après sa mort car il n'a pas assez respecté les préceptes de son père et qu'il ne s'est pas assez soucié de lui et des autres. L'infirmière qui s'occupait de ce patient a fait l'expérience du contre-transfert car elle s'est mise à penser qu'elle ne s'occupait pas suffisamment du patient et craignait d'être punie pour cela. Grâce au groupe de supervision, l'infirmière a finalement réussi à prendre du recul et à sortir de ce contre-transfert. Dans le second cas, la patiente atteinte de trouble borderline pensait que la seule et unique solution pour sortir de sa maladie était de reprendre ses études et de devenir médecin. Peu à peu, elle a réussi à convaincre son infirmière qu'effectivement, il s'agissait de la "seule solution". Pire que cela, l'infirmière en est arrivée à craindre la même "force supérieure" que la patiente décrivait. À nouveau, l'implication de l'équipe de supervision a permis de sortir l'infirmière de ce contre-transfert. Dans le troisième cas, la patiente tentait de créer des divergences au sein de l'équipe médicale en essayant d'influencer l'infirmière et en lui inculquant sa propre vision du monde. Dans le dernier cas, la patiente s'automutilait très souvent et nécessitait donc une surveillance importante de la part des soignants. Ces derniers peuvent alors développer le sentiment d'être « pris en otage » par le patient. Il leur faut également sortir de cette situation. Ce qui ressort de ces quatre cas, c'est qu'il faut se méfier du contre-transfert et qu'il faut mettre en place certaines stratégies pour l'éviter. Pour commencer, il faut instaurer une équipe de supervision qui permet de passer d'une relation à deux à une relation à trois au sein de laquelle le soignant peut se confier à l'équipe et ainsi désamorcer le contre-transfert. Le soignant doit aussi être capable de prendre du recul. Il doit garder son esprit toujours aux aguets et s'il y parvient, tenter d'utiliser le contre-transfert pour mieux comprendre le patient. Cette étude ne peut pas être qualifiée d'article scientifique mais s'apparente plutôt à une étude de cas. L'analyse du concept de transfert et les exemples cliniques donnés par l'auteur ont permis une autre vision du problème. De ce fait, il n'y a pas de considération éthique ni de limitation à l'étude nommée. Cependant, bien qu'Evans propose des pistes d'interventions pour les infirmières, il ne les a pas interrogées pour savoir ce dont elles en pensent ou ce dont elles ont besoin en pratique, ce qui peut constituer une limite à l'étude.

- **James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.**

Cette étude quantitative descriptive menée en Irlande a pour but de décrire les expériences et les attitudes des infirmières (n= 157) qui prodiguent des soins aux patients ayant des troubles de la personnalité borderline. L'objectif de l'étude est de développer une compréhension des connaissances, des expériences et des attitudes des infirmières en psychiatrie. Un modèle de sondage préexistant a été adapté et complété par une échelle de Likert et un questionnaire à choix multiples. Ce dernier contient cinq sections. La première contient des informations démographiques de base. La seconde, interroge les participants sur la fréquence des contacts avec des patients ayant des troubles borderlines et s'ils pensent que les soins fournis sont adéquats ou non. La troisième section comporte 10 déclarations relatives au trouble borderline (le diagnostic, le traitement et le pronostic) et la question est de savoir si ces affirmations sont vraies, fausses ou inconnues. La quatrième section a interrogé les soignants sur les informations qu'ils ont obtenues lors d'évaluations, la confiance qu'ils ont avec les patients souffrant de troubles borderlines, et s'ils trouvent que la collaboration avec ces patients est difficile ou non. La dernière section demande aux participants s'ils pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans le travail avec les patients ayant des troubles borderlines et quelles ressources seraient les plus utiles pour améliorer les soins. Les résultats indiquent que les soignants ont globalement de bonnes connaissances sur le trouble borderline ; les participants ont répondu au questionnaire de connaissance de la pathologie en moyenne à 5,8/10 réponses correctes et 60% des participants ont répondu correctement à 6 questions ou plus. Cependant, 81% des soignants estiment que les soins fournis sont inadéquats et 80% pensent que les patients qui ont des difficultés de type borderline sont plus difficiles à soigner que les autres. Cependant, les participants ont mentionné qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'évaluation, la gestion et l'éducation de ces derniers. Pour finir, les participants font mention de quelques points à améliorer en ce qui concerne la prise en charge des patients atteints de trouble de la personnalité borderline, comme l'établissement de services spécialisés, la mise en place de protocoles ou encore la possibilité de suivre des formations plus poussées. Les limites de cette étude sont la petite taille de l'échantillon et le fait que toutes les personnes interviewées travaillent dans le même service. Enfin, l'utilisation d'une seule méthode pour la collecte de données a aussi été soulignée comme étant une limite.

- **Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510-521.**

Cette étude quantitative a pour but d'explorer différentes expériences vécues par des australiens (n = 153) vivants avec un diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Le but de l'étude est de comprendre les expériences de recherche ou de demande d'aide de la part des patients ainsi que les soins reçus dans des lieux de soins privés et publics. Afin de pouvoir réaliser cette étude, les chercheurs ont créé un sondage comportant 75 questions et l'ont envoyé à divers organismes qui l'ont ensuite fait parvenir aux patients via internet. 153 personnes souffrant de trouble borderline ont participé à cette étude. Les questions portaient sur des détails démographiques, le diagnostic et le traitement, les impacts de la maladie, les contacts avec les différents professionnels (psychiatre, médecin généraliste, psychologue ou soignants) auxquels les patients sont confrontés, les différences existantes entre les milieux de soins urbains ou ruraux, les hôpitaux publics ou privés, et la comparaison de l'utilité des différents services d'aides/soutien existants mais aussi sur les obstacles rencontrés au cours de la maladie. Il ressort de cette étude qu'il y a un manque d'informations et d'éducation, une prise en charge trop longue ou inadéquate aux urgences, un manque de soutien à plusieurs niveaux et de manière plus générale, une forme de manque de respect envers les patients avec des troubles borderlines. L'étude recommande donc de réussir à mieux expliquer la maladie aux patients, de sortir de certains préjugés, d'améliorer la prise en charge dans les hôpitaux et chez les médecins traitants et par conséquent de former, par exemple, des infirmières spécialisées dans le domaine de la psychiatrie. Plus généralement, il faut chercher à mieux comprendre les patients, leurs traumatismes et leurs attentes afin de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins et ainsi éviter de générer une trop grande angoisse. Les limites de cette étude sont le fait que le délai pour mener l'étude était court, ce qui a engendré un taux de réponse faible et donc un petit échantillon qui n'est pas proportionnel à la taille du pays. De plus, les réponses que les participants ont données sont reliées aux diagnostics que le personnel soignant a fait et à la perception du patient sur son diagnostic. Le questionnaire a été envoyé par internet. Par conséquent, les personnes n'y ayant pas accès ont été automatiquement exclues. Enfin, il n'y a pas de critère d'inclusion et d'exclusion et il n'est pas fait mention de l'emploi occupé par les participants ou de leur situation familiale.

- **O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules : the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 64-71.**

Cette étude qualitative descriptive a pour but de comprendre les stratégies d'intervention et de prévention des infirmières en psychiatrie (n = 8) qui travaillent auprès des personnes qui s'automutilent dans un but non suicidaire à l'aide d'entretiens semi-structurés. L'étude se déroule dans deux unités de psychiatrie aiguë en Irlande. Il y a 6 thèmes qui sont ressortis des conclusions mais l'auteur a choisi de cibler (dans le but de son étude) sur la sécurité physique et la prévention de l'automutilation et sur les stratégies d'interventions face à celle-ci. Dans ces résultats, les participants ont relevé plusieurs éléments pour garantir la sécurité physique comme par exemple l'élimination des objets tranchants, des briquets, des bouteilles en verre, des lacets de chaussures ou des peignes et même l'obligation pour tous les patients de rester habillés en vêtements de nuit en permanence. Certains soignants sont à l'aise avec cette pratique mais d'autres moins. Concernant la prévention de l'automutilation, il est mis en évidence l'isolement en chambre de soins lorsque le patient s'autoblesse ou les contrats d'absence de préjudices (d'automutilation) selon la gravité de la situation. À propos de la mise en chambre de soins, les participants sont mécontents de cette pratique car ils trouvent que cela envahit l'espace personnel et provoque aussi un sentiment de mal être pour le soignant. De plus, d'après les participants, cela donne plus d'attention aux patients et ils ont plus de temps pour penser à s'automutiler. Enfin, au sujet des stratégies d'interventions, il est ressorti des stratégies de distraction (comme des techniques de relaxation, aller se promener, prendre une douche, boire de l'eau et effectuer des tâches dans le service). L'interaction (ou l'alliance) thérapeutique est ressortie comme élément important dans le rôle de l'infirmière en psychiatrie (pour évaluer l'humeur du patient, informer des futurs soins, comprendre les raisons de l'automutilation, etc.). Les participants ont déclaré avoir peu de contrôle sur la décision d'utiliser certaines de ces stratégies et ils utilisent chacun la leur ; il n'y a pas de pratiques homogènes au sein des unités. Il est reconnu qu'il y a peu d'apports thérapeutiques, que les soins sont fragmentés et qu'il y a un manque de prise de décisions conjointes entre le personnel médical et infirmier qui engendre un manque de leadership et de gestion claire au sein de l'équipe. L'échantillonnage de commodité employé dans l'étude démontre qu'il n'est pas probabiliste ; il a été choisi car les personnes étaient accessibles et proches du chercheur, ce qui peut être considéré comme un biais. De plus, il est nommé dans le but de l'étude que le chercheur met l'accent sur deux thèmes (prévention de l'automutilation et les stratégies d'interventions) alors qu'il y a 6 thèmes qui sont apparemment ressortis ; l'auteur ne nomme pas les quatre autres thèmes, ce qui peut également être un biais. Les limitations de l'étude sont la taille restreinte de l'échantillon mais également le manque de participation des patients et de leurs familles. L'absence de cohérence dans les unités avec de nombreuses contradictions et tensions sont également une limitation de l'étude. Enfin, le sens de l'automutilation n'est pas abordé ; il est mentionné qu'il faut simplement l'empêcher, cela sans tâcher de comprendre la raison de cet acte.

- **Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 72-78.**

Cette étude qualitative descriptive décrit les expériences et les sentiments des infirmières (n = 6) face à des patients psychiatriques qui s'automutilent. L'étude se passe dans quatre hôpitaux psychiatriques aigus dans le nord de la Suède où les infirmières ont eu 6 entretiens narratifs lors desquels plusieurs questions ouvertes ont été posées. Il y a deux thèmes principaux et des sous-thèmes qui ressortent. Les deux thèmes principaux sont « être accablé par les sentiments » et « l'équilibre des limites professionnelles ». Concernant le thème d'être accablé par les sentiments, il y a trois sous-thèmes qui sont ressortis : craindre pour la vie du patient, se sentir frustré, un sentiment d'être abandonné par les collègues et la direction. Les participants ressentent un manque d'implication du personnel, ils disent ne pas être entendu par la direction. Leur sentiment était si grand et si épuisant à certain moment qu'ils ont pris un congé maladie. Les infirmières craignent le danger de mort des patients et ressentent des réponses émotionnelles lourdes d'incertitude et de peur, d'être impuissantes face aux nombreuses automutilations des patients. Les participants ont reconnu leur manque de compréhension des problèmes des patients et ne savent pas comment prendre soin d'eux. Du deuxième thème principal qui concerne les limites professionnelles sont ressortis quatre sous-thèmes qui sont le maintien des limites professionnelles entre soi-même et le patient, la gestion des sentiments personnels, les sentiments des collègues et une meilleure représentation des soins. Le maintien des limites professionnelles entre l'équipe et le patient met l'accent sur des stratégies telles que la fixation de limites pour éviter le fractionnement de l'équipe et l'automutilation du patient. Concernant les sentiments des participants, la nécessité d'avoir un débriefing après les événements difficiles et d'être soutenu par la direction et ses collègues est mise en évidence et encouragée. Enfin, le sous-thème l'imagination des soins d'une meilleure façon décrit la nécessité de la formation du personnel et l'importance des ressources matérielles, financières et de personnels. Cette étude souligne les charges du personnel soignant en psychiatrie ainsi que l'importance de libérer ces charges pour le personnel soignant et une prise en charge adéquate du patient. La limite majeure est la taille de l'échantillon ; cette étude se déroule dans quatre hôpitaux en Suède et seulement 6 personnes y ont participé. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont nommés et sont très précis, ce qui peut être la raison du nombre restreint de participants. Les entretiens ont été réalisés en suédois et ont été ensuite traduits en anglais, ce qui peut potentiellement fausser la signification ou le sens des phrases selon les termes employés.

- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind' : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 703-709.

Cette étude qualitative réalisée au Royaume-Uni a exploré les relations qu'entretiennent les infirmières (n = 6) avec les patients atteints de trouble borderline selon leurs propres points de vue. Les participants, qui officient tous dans le domaine de la psychiatrie depuis au moins deux ans ont tous été interviewés lors d'entretiens semi-structurés. Les questions posées avaient pour thèmes principaux : les attitudes et perceptions avec les patients souffrant de troubles borderlines, l'interaction avec ces patients, les réactions émotionnelles et les expériences positives face à ceux-ci. Un thème central a été soulevé : le « tourbillon destructeur », qui conceptualise l'impression générale qu'ont les participants des personnes vivant avec un trouble borderline. Puis, quatre thèmes majeurs ont également pu être relevés : « fournir des soins » qui explore l'expérience que possèdent les infirmières en ce qui concerne les soins prodigués aux patients et particulièrement à ceux qui ne « vont pas mieux » en cours d'hospitalisation. « Idéalisés et diabolisés » qui se réfère à la vision qu'ont les infirmières de ce type de patients. « Manipulation » qui examine la perception des participants en ce qui concerne la manipulation et la façon dont celle-ci est gérée. Enfin, « menaçant » qui explique comment les patients ayant des troubles borderlines menacent de s'automutiler si leurs demandes ne sont pas prises en compte. Il n'y a pas de limites mentionnées dans cette étude. Toutefois, l'échantillon est restreint et la personne qui a mené les entretiens avait travaillé auparavant avec quatre des personnes interviewées ; cela peut être un biais.

Tous les articles trouvés ont pris en compte les considérations éthiques qui sont également un point clé pour valider leur étude, sauf l'étude d'Evans (2007) qui est une étude de cas.

Buts de l'étude	Design et méthode	Participants et lieu de l'étude	Principaux résultats
Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder : clinicians' accounts of good practice.			
Explorer les expériences de bonnes pratiques des professionnels de la santé travaillant dans une unité spécialisée pour les patients borderline.	Méthode qualitative	n = 9 (4 infirmières, 3 thérapeutes sociaux, 1 art-thérapeute et 1 psychiatre) Grande-Bretagne	4 thèmes majeurs nécessaires dans la prise en soin : - Une prise de décision partagée (patient/soignant) → la capacité à engager le dialogue est considérée comme la clé pour construire une alliance thérapeutique. De plus, cela les responsabilise quant à leurs prises en charge, à leurs traitements et les fait réfléchir sur eux-mêmes - Maintien de rôles sociaux (pouvoir effectuer un petit travail/ participer à la vie communautaire au sein de l'unité est perçu comme utile et valorisant) - Un soutien par les pairs - Une communication ouverte (permet aux patients d'avoir une appréciation plus réaliste de soi et des autres)
Commons Treloar, A.-J. & Lewis, A.-J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder : randomized controlled trial.			
Évaluer l'impact d'assister à une formation clinique ciblée sur le trouble de la personnalité borderline.	Non spécifié dans l'étude (quantitative)	n = 99 professionnelles (33 dans le service de médecine d'urgence et 66 en santé mentale – trois domaines de professions : soins infirmiers, paramédicaux et médicaux) Australie et Nouvelle-Zélande	Nette amélioration après la participation au programme de formation, d'autant plus pour : - Les femmes que les hommes, - Les personnes qui ont fait des études universitaires que ceux qui n'en ont pas fait, - Les soignants qui ont moins de 16 ans d'expériences cliniques comparés à ceux qui ont plus de 16 ans d'expériences.

Deans, C. & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder.			
Décrire les attitudes des infirmières en psychiatrie face à des patients qui sont atteints de trouble de la personnalité borderline.	Non spécifié dans l'étude (quantitative)	n = 48 infirmières (14 hommes et 34 femmes) Australie	Tableau 1 : réactions émotionnelles négatives envers les patients borderlines - 89% pensent que les patients borderlines sont des manipulateurs, - 38% pensent que ce sont des personnes nuisibles, - 51 % pensent qu'ils font du chantage affectif, - 32% des infirmières se mettent en colère face à ces patients, - 44% ont déclaré qu'ils savaient comment prendre soin de ces patients. Tableau 2 : perceptions des infirmières envers les patients borderlines - 79% des infirmières pensent que les patients borderlines sont responsables quand ils enfreignent la loi, - 64% pensent que les patients borderlines sont responsables quand ils font des tentatives de suicides, - 8% blâment les patients qui font des tentatives de suicide, - 47% pensent qu'ils ont la responsabilité de garder en sécurité les patients borderlines. Tableau 3 : gestion des patients - 15% pensent qu'ils sont mieux gérés à l'hôpital et 11% avec des médicaments, - 9% pensent qu'ils ne doivent jamais être admis à l'hôpital.

Evans, M. (2007). Being driven mad : towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference.			
Permettre aux soignants d'identifier puis agir contre des attitudes de contre-transfert.	Étude de cas	Analyse de 4 cas issus de la pratique clinique. Grande-Bretagne	- Une équipe de supervision serait la bienvenue. Les soignants devraient être capables de prendre du recul face aux patients afin de pouvoir appréhender le contre-transfert au mieux. Nécessité de disposer de temps afin de réfléchir aux situations et aux pratiques, - Si possible, étudier le contre-transfert pour en tirer des informations, - Les sentiments négatifs proviendraient du flot d'émotion que véhicule la prise en charge des patients borderlines, - Besoin de formation pour acquérir de nouvelles connaissances/stratégies qui pourraient permettre de diminuer le risque d'autodestruction, le risque de frustration, les fautes professionnelles et favoriser la relation thérapeutique.
James, P.D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder.			
Décrire les expériences et les attitudes des infirmières prodiguant des soins à des patients atteints de trouble de la personnalité limite.	Méthode quantitative descriptive	n = 157 (infirmières) Irlande	<u>Connaissances sur le trouble borderline :</u> - Seules 3% des infirmières disent avoir un entraînement spécifique concernant les patients borderlines, - Questionnaire de connaissance de la pathologie : en moyenne 5,8/10 de réponses correctes, - 60% des personnes ont répondu correctement à 6 questions ou plus. <u>Expérience et confiance du personnel :</u> - 80% voient les patients borderlines plus difficiles à soigner que les autres patients, - 59,1% pensent que des protocoles pour la prise en

			charge seraient utiles. Mais aussi des ateliers pour améliorer les habiletés et compétences, amélioration de la formation durant l'école et formations internes, - 81 % des soignants pensent que les soins fournis sont inadéquats, - 87,3 % sont d'accord qu'il a un rôle à jouer dans l'évaluation et la gestion de ces patients, - 87,1 % pensent qu'ils ont un rôle d'éducation à jouer, - 90 % des infirmières voudraient participer à des formations complémentaires, - Les soignants ont un sentiment inconfortable face au diagnostic de trouble de la personnalité limite, - La formation spécifique semble nécessaire pour maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et la confiance en leurs propres capacités.
Lawn, S., & McMahon, J., (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder.			
Comprendre les expériences des patients borderline de la part des systèmes de santé publics et privés	Méthode quantitative	n = 153 (patients diagnostiqués borderline vivant en zones rurales et urbaines, hospitalisés en santé mentale dans le secteur public ou privé.) Australie	- Les infirmières ont un rôle important à jouer dans l'amélioration des enseignements thérapeutiques (travailler avec eux pour améliorer leur autogestion et les stratégies d'adaptation), manque d'informations données aux patients au sujet de leur maladie et manque d'éducation thérapeutique donné aux patients, - Éventail de formation et de soutien pour les infirmières leurs permettrait d'améliorer les soins et aiderait à combattre la discrimination omniprésente au sein des systèmes de soins, - Identification des problèmes les plus courants pour les patients : ne pas être pris au sérieux, discrimination due au diagnostic, et personnes peu respectées,

				- Grande détresse chez les patients se traduisant par des envies suicidaires et d'automutilations, - Suivi sur le long terme, par exemple par un psychothérapeute, ou par des infirmières spécialement formées.
O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules : the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals.				
Comprendre les stratégies d'intervention et de prévention des infirmières en psychiatrie auprès des patients qui s'automutilent dans un but non suicidaire.	Méthode qualitative descriptive	n = 8 infirmières en psychiatrie (6 femmes et 2 hommes) Irlande	Thèmes ressortis par les participants : - La sécurité physique : élimination des objets tranchants, obligation de rester habillé avec des vêtements de nuits en permanence, - La prévention de l'automutilation : est réalisée par l'isolement en chambre de soins ou en faisant des contrats d'absence de préjudices si la situation l'exige, - Les stratégies de distraction, - Le concept de l'alliance thérapeutique est un rôle important de l'infirmière en psychiatrie.	
Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries : a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm.				
Décrire l'expérience des infirmières qui s'occupent de patients borderline qui s'automutilent.	Méthode qualitative descriptive	n = 6 infirmières en psychiatrie (3 femmes et 3 hommes) Suède	2 thèmes principaux (comprenant sept sous-thèmes) sont ressortis : - Être accablés par des sentiments (sous-thèmes : les soignants craignent la mort du patient, les soignants se sentent submergés par la frustration, sentiment d'être abandonné par les collègues et la direction), - Les limites professionnelles (sous thèmes : les limites professionnelles entre l'équipe et le patient, gestion des sentiments personnels, le soutien par	

				les collègues et la direction, imaginer des soins meilleurs).
Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind' : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder.				
Explorer les relations des infirmières avec les patients borderline de leurs propres points de vue.	Méthode qualitative	n = 6 (infirmières) Grande-Bretagne	Thème principal : - Le patient est considéré comme une personne dangereuse, puissante, possédant une grande énergie et laissant des traces de son passage. Il est comparé à un « tourbillon destructeur ». D'autres thèmes importants ont été relevés : - Donner des soins : explorer l'expérience des participants lorsque les patients soignés ne vont pas mieux. Le sentiment principal ressenti est «incapable d'aider », - Idéalisés et diabolisés : comment sont perçus les soignants par les patients. Notion de clivage qui divise les équipes, - Manipulation : analyse la perception des soignants concernant les manipulations, ainsi que la manière dont ils gèrent cela, - Importance de maintenir une conscience de soi et de garder des limites claires, - Stratégie de noter dans le dossier le contenu des entretiens, - Menace : expliquer comment les patients borderline menacent de s'automotiver si leurs demandes ne sont pas honorées. Considéré comme « pénible » par les soignants, - Formation nécessaire pour comprendre les interactions. Supervisions et groupes de discussions seraient les bienvenus. Manque de confiance dans les compétences cliniques des soignants.	

4.2 Synthèse des résultats

Cinq thèmes principaux, qui englobent bien le sujet de ce travail, ont été ressortis : les sentiments des infirmières, leurs attitudes négatives, la formation sur le trouble de la personnalité borderline, les stratégies d'interventions et les sentiments des patients souffrant de troubles borderlines. Ces 5 thèmes peuvent être considérés comme dépendants les uns des autres : les sentiments des infirmières mènent à des attitudes négatives qui découlent d'un manque de formation et par conséquent un manque de compréhension du trouble de la personnalité borderline ; elles vont donc devoir apprendre et pratiquer des stratégies d'interventions pour ce type de patients.

4.2.1 Sentiments des infirmières

Le personnel soignant confronté aux patients souffrant de trouble borderline a parfois de la peine à les affronter et à faire face à certaines situations délicates, notamment lorsque les patients utilisent des mécanismes de défense comme le clivage ou lors des automutilations. Ainsi, au regard des chiffres de James et Cowman (2007), chez les soignants qui ont au moins un contact par semaine avec des personnes atteintes de troubles borderlines, 75% affirment qu'il est très à modérément difficile de soigner ce type de patient et 80% trouvent qu'ils sont plus difficiles à soigner que les autres. Il n'y a que 1,5% qui pense qu'ils sont plus faciles à soigner. Ces difficultés engendrent, au sein du personnel soignant, de nombreuses réactions et sentiments. Woollaston et Hixenbaugh (2008) relèvent que le premier sentiment que ressent le personnel soignant face à des patients borderlines est d'« être incapable d'aider ». Ce sentiment amène d'une part à considérer négativement les patients et mène d'autre part à une forme de désespoir. Il faut que les soignants parviennent à dépasser ce sentiment et à prendre conscience qu'ils ne peuvent pas toujours aider. On retrouve ce sentiment d'impuissance chez James et Cowman (2007), qui relèvent que les soignants pensent que s'occuper des patients ayant des troubles borderlines fait partie de leur rôle et ne supportent pas l'idée que les patients soient livrés à eux-mêmes. On retrouve ici ce sentiment de « tâche à accomplir » et cette implication parfois trop importante. Ce sentiment d'impuissance est par ailleurs parfois renforcé par le sentiment d'être seul et de manquer de soutien de la part des collègues et des supérieurs, comme le mentionnent Wilstrand et al. (2007).

Un autre sentiment qui peut surgir dans l'esprit des soignants est celui d'avoir l'impression d'être mal perçus par les patients. Woollaston et Hixenbaugh (2008) mentionnent par exemple le sentiment d'être diabolisés, de vouloir aider les patients mais que ces derniers ne le leur rendent pas et leur donnent le mauvais rôle. Ce sentiment est aussi perçu comme désespérant pour les soignants. Autre sentiment que ces deux auteurs abordent : celui de se sentir manipulés par les patients. En effet, très souvent, les infirmières ont l'impression d'être manipulées par les patients et que ces derniers font preuve de malhonnêteté. Les soignants se sentent comme de simples objets entre les mains des patients, ce qui peut être très dévalorisant. La solution à ce problème est d'essayer de se détacher, mais aussi de

consigner par écrit, dans le dossier, toutes les interventions afin de pouvoir séparer le vrai du faux à posteriori. Wilstrand et al. (2007) abordent également ce sujet. Pour eux, les infirmières s'estiment exposées à des manipulations du patient, les ressentent comme un fardeau, ce qui amène de la colère et de la frustration.

Les réactions face au phénomène de la menace sont aussi très pesantes pour les soignants. En effet, comme le rappellent Woollaston et Hixenbaugh (2008), les patients souffrant de difficultés de type borderline menacent à la fois leur propre personne, mais peuvent aussi menacer les personnes qui les entourent ainsi que leur environnement. Le fait de savoir que le patient va se faire du mal et que le personnel ne pourra pas forcément faire quelque chose est très dur à accepter pour les soignants. Dans l'étude de Wilstrand et al. (2007) les auteurs relèvent que les soignants craignent pour la vie du patient, se sentent frustrés, sont emplis d'incertitude, de peur, d'impuissance face au risque d'automutilation auprès de cette population. Ces sentiments engendrent un épuisement qui peut mener, dans certains cas, à un congé maladie. Ils en arrivent à la conclusion, tout comme Bowers (2002), qu'il faut que le personnel garde des attitudes positives et que, pour ce faire, il doit continuer à croire que la guérison est possible. Evans (2007) explique certaines réponses ambiguës de la part des soignants en avançant l'idée de la présence d'un contre-transfert et que se succèdent des sentiments de sympathie, de confusion, de colère, de désespoir et de culpabilité. Le soignant se trouve donc dans une sorte de relation d'attachement mêlée à de la frustration, en plus du sentiment d'un devoir à accomplir.

4.2.2 Attitudes négatives des infirmières

Comme vu ci-dessus, s'occuper de patients vivant avec un trouble borderline engendre de nombreux sentiments. Le sentiment de désespoir ou celui de l'énervement amène parfois les soignants à avoir des réactions inappropriées envers les patients ou à les considérer de manière irrespectueuse. L'une des premières répercussions de la difficulté à travailler avec des patients ayant des troubles borderlines est la mise en place de préjugés et d'a priori les concernant. Ces préjugés peuvent aller d'une appréhension à l'idée de devoir s'en occuper jusqu'à des visions inadaptées, exagérées et presque insultantes. Ainsi, l'étude de Deans et Meocevic (2006) confirme que prendre soin des patients avec un trouble de la personnalité limite a été identifié comme une zone à problème pour les infirmières en psychiatrie. Woollaston et Hixenbaugh (2008) montrent également le poids que peut représenter une personne vivant avec un trouble borderline. Le personnel soignant interrogé parle même de tourbillon destructeur en décrivant les patients. Il est perçu comme puissant, dangereux, et ayant une force implacable et imparable qui laisse une traînée de destruction dans son sillage. S'en occuper est fatigant du fait de sa présence importante et de sa force de caractère. Le terme destructeur est ainsi utilisé à la fois pour qualifier l'acte même de l'automutilation, mais aussi pour toutes les répercussions qu'il peut y avoir sur les soignants. Certaines études suggèrent que le diagnostic de trouble de la personnalité borderline pourrait influencer le niveau et la qualité des interactions entre le personnel soignant et les

patients. Par exemple, Gallop, Lancee et Garfinkel (1989) ont conclu que le diagnostic de borderline est devenu une étiquette péjorative pour les patients difficiles et que le personnel peut fournir des réponses stéréotypées et être moins empathique envers ces patients. Pour revenir sur l'étude de Deans et Meocevic (2006), les résultats montrent que les participants pensent à 89% que les personnes souffrant d'un trouble borderline sont des manipulateurs, plus d'un tiers les perçoivent comme nuisant (38%), et plus de la moitié considère qu'ils ont souvent recours au chantage affectif (51%). Dans l'étude de Bowers (2002), il ressort clairement que les comportements des infirmières envers ces patients sont négatifs et souvent péjoratifs et que le patient n'est pas considéré comme un patient, mais comme un monstre, un malade, dans le mauvais sens du terme. De plus, le comportement peut varier en fonction de l'âge, du sexe ou de la position sociale du patient.

Une deuxième conséquence possible est à chercher dans la manière de travailler des soignants, dans leur engagement et sur les impacts sur la réussite de la thérapie. Quand la peur, la frustration et l'abandon ne sont pas investigués, les infirmières peuvent avoir des difficultés à soigner les patients comme décrit dans l'étude de McAllister, Creedy, Moyle et Farrugia (2002). L'étude de Wilstrand et al. (2007) montre l'importance de la libération de ces charges, non seulement pour le bien des infirmières mais aussi pour améliorer les soins des patients. Selon l'étude de Commons Treloar et Lewis (2008), les réactions négatives à l'encontre des comportements récurrents d'automutilation ont un impact sur l'engagement du patient dans la thérapie, et affectent donc l'efficacité des interventions thérapeutiques. 32 % des participants ont déclaré que ce type de patients engendrent de la colère ; ce qui confirme le sentiment de colère également présent dans la partie sur les sentiments des infirmières. Il est difficile pour les chercheurs de comprendre comment l'alliance thérapeutique peut être initiée ou maintenue dans un tel défi psychologique étant donné qu'il s'agit d'un rôle vital de l'infirmière en psychiatrie. Plus que des préjugés ou des attitudes péjoratives, les réactions physiques du personnel peuvent parfois devenir inadéquates. Dans l'étude de Wilstrand et al. (2007) qui faisait mention de la difficulté des infirmières à faire face, les auteurs relèvent que ces dernières, accablées par leurs sentiments, perdent parfois le contrôle de leurs émotions par exemple en criant sur le patient ou en saisissant son bras. Les résultats montrent que les soignants étaient tellement surchargés de sentiments que ces derniers interféraient avec leurs responsabilités et leur éthique professionnelle.

4.2.3 Formation sur le trouble de la personnalité borderline

Plusieurs études mettent en avant le besoin de formation pour les soignants qui travaillent avec des patients qui souffrent de trouble de la personnalité borderline. Concernant l'étude de Wilstrand et al. (2007), les infirmières ont reconnu leur manque de connaissances et de compréhension sur les actions d'automutilations. Elles ont besoin d'outils pour soigner les patients qui s'automutilent. Le manque de connaissance, le manque de temps ou encore le manque de finance les empêchent de fournir de bons soins. De plus, elles ont mis en avant la nécessité de pouvoir débriefer suite à des événements

difficiles ; les soignants doivent avoir la possibilité de prendre le temps de réfléchir à leurs interventions. Evans (2007) pense que ce soutien ne devrait pas être un « luxe » mais devrait être une partie essentielle du travail infirmier. Il avance également que les personnes ayant un trouble borderline provoquent de nombreux sentiments, ce qui peut mener les soignants à perdre leur capacité à réfléchir. Les participants ont souhaité augmenter leur empathie, leur compréhension, pouvoir disposer de suffisamment de temps et ainsi satisfaire les besoins du patient ; ce qui fait partie des caractéristiques d'une bonne alliance thérapeutique. De plus, cette étude souligne les charges du personnel infirmier en psychiatrie et l'importance de la libération de ces charges, sous peine de voir augmenter le mal-être des patients et l'effet néfaste du milieu hospitalier. Dans l'étude de Deans et Meocevic (2006), moins de la moitié des participants de l'étude (44%) ont répondu qu'ils savaient comment prendre soin des personnes borderlines. Les constatations de l'étude mettent également en avant un besoin de formation et d'éducation du personnel. Plus qu'un besoin, il y a une véritable volonté affirmée de la part des soignants de suivre des formations. Ainsi, Cleary, Siegfried et Walters (2002), ont montré que la majorité des professionnels de santé de l'hôpital (pas seulement les infirmières en psychiatrie), pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans les soins fournis aux patients souffrant de trouble borderline. 95% d'entre eux sont prêts à s'engager pour des formations supplémentaires ou spécifiques et 84% trouvent que le travail auprès de ces patients est plus compliqué qu'avec les autres. Les résultats de l'étude de Commons Treloar et Lewis (2008), montrent des améliorations significatives dans les attitudes du personnel soignant après la participation au programme de formation. Il est intéressant de relever que les femmes ont obtenu une amélioration plus importante que les hommes et que les personnes qui ont suivi une formation universitaire ont également bénéficié d'une meilleure progression que ceux qui n'en ont pas faite. Après la formation de deux jours, les participants ont pu noter un regain d'optimisme, d'enthousiasme et de sentiments positifs à travailler avec ces patients. Ces attitudes positives ont été signalées par les participants après avoir acquis des connaissances sur la définition du trouble, son taux de prévalence, les critères diagnostics, les facteurs étiologiques, les taux d'automutilation et le suicide, les réponses thérapeutiques à ce trouble, les directives cliniques à travailler avec ceux-ci et un cadre théorique pour comprendre le comportement chez ces patients et pour que tous les soignants agissent de la même façon.

Clarkson (2003) relève également qu'une meilleure formation engendre une meilleure compréhension et par conséquent la disparition de certains comportements négatifs à l'égard des patients. Il relève également le manque de confiance des soignants qui se répercute sur les soins. Faut-il en déduire que les connaissances du personnel soignant sont insuffisantes ? Les études démontrent le contraire. Pour James et Cowman (2007), si seulement 3% du personnel a reçu une petite formation, le nombre moyen de bonnes réponses aux questionnaires est de 5,8 sur 10 et près de 60% des personnes interrogées ont eu 6 bonnes réponses ou plus. Ce qui est intéressant dans cette étude, c'est que même si les soignants

répondent globalement bien, lorsqu'on leur demande s'ils pensent que leurs réponses sont justes, 20% des personnes déclarent ne pas être sûres. Les auteurs relèvent également que 90% des soignants désirent suivre une formation malgré le fait que leurs connaissances concernant les patients ayant un trouble borderline sont généralement bonnes. Cependant, l'éducation semble nécessaire pour maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et la confiance en leurs propres capacités. Pour Evans (2007) les soignants pourraient aussi avoir besoin de formation pour acquérir de nouvelles stratégies qui leur permettraient non seulement de diminuer les risques d'automutilation, mais aussi les risques de fautes professionnelles et de mieux vivre certaines situations. La formation peut aussi apprendre à mieux comprendre et appréhender le patient.

4.2.4 Stratégies d'interventions

L'étude d'O'Donovan (2007), a ressorti trois stratégies d'interventions qui concernent : la sécurité physique, la prévention d'automutilation et l'interaction thérapeutique.

- La principale méthode pour assurer un environnement physique sécuritaire est l'élimination des objets tranchants comme les rasoirs, ciseaux, stylos, peignes, allumettes, briquets, chargeurs de téléphone, bouteilles en verre, sprays, cadres photo, coupe-ongles, médicaments ou encore les lacets de chaussures. De plus, l'auteur préconise que les patients doivent rester en vêtements de nuit. La décision sur ce qu'il faut retirer est basée sur ce que le patient dit à l'infirmière, et en fonction de ce qu'il dit, le même matériel est retiré à tous les patients. Certaines infirmières expriment une gêne envers cette pratique mais ne savent pas quoi faire d'autre.
- La prévention de l'automutilation est soit réalisée par les contrats d'absence d'automutilation, ou sinon par la chambre de soins selon l'état clinique du patient. L'isolement par la chambre de soin est remis en cause par les infirmières car elles pensent que cette pratique envahit l'espace personnel du patient, que cela fournit également trop d'attention au patient, ce qui augmente le temps durant lequel ils peuvent penser à l'automutilation. Les contrats d'absence de préjudices, qui font partie du plan de soins, se font verbalement ou par écrit ; ils servent à prévenir d'autres épisodes d'automutilation mais aussi à prévoir à l'avance les conséquences si le patient le rompt. De plus, des stratégies de distraction sont également un moyen de prévention de l'automutilation car cela permet de distraire le patient et éviter qu'il pense à se faire du mal.
- Enfin, l'alliance thérapeutique est relevée comme étant un élément important dans le rôle de l'infirmière en psychiatrie. L'infirmière va pouvoir donner de l'information sur le potentiel de l'automutilation, évaluer l'humeur de la personne et l'informer sur les soins futurs. Elle va également pouvoir aborder différents sujets comme la raison de l'automutilation, les solutions au comportement autodestructeur et la gestion du stress. Le temps passé avec le patient varie et pour la plupart, il est basé sur leurs besoins spécifiques. Toutes les infirmières ont signalé

qu'il était important pour elles de voir chaque patient au moins une fois par jour de 15 à 90 minutes.

D'autres participants ont utilisé des techniques issues de la thérapie cognitivo-comportementale, la résolution de problème, le renforcement de la pensée positive ou encore des encouragements lorsque le patient s'abstient de s'automutiler. Cependant, il ressort également de l'étude qu'il n'y a pas de pratiques homogènes, ni d'approches cohérentes au niveau de l'unité, ce qui mène à des contradictions et des tensions. De plus, les participants ont déclaré avoir peu de contrôle sur la décision d'utiliser certaines de ces stratégies.

L'étude de Bowen (2013), met en avant 4 stratégies d'interventions reposant notamment sur les interactions et l'occupation des patients.

- Les premières choses à mettre en place sont des structures qui facilitent la prise décision partagée. Elles permettent de mettre le patient au centre de sa thérapie. La capacité à engager le dialogue a été considérée comme la clé dans cet aspect difficile du travail. La prise de décision partagée nécessite un haut niveau de responsabilité pour le patient.
- La seconde stratégie repose sur les rôles sociaux. Trouver un petit travail pour le patient au sein de l'unité ou le faire participer à des activités peut permettre de faire apparaître les difficultés interpersonnelles qui ne sont pas apparues lors des psychothérapies. Parvenir à saisir les difficultés interpersonnelles permet de comprendre plus profondément le patient. La création d'un rôle social peut aussi aider le patient dans son bien-être futur en modifiant ses comportements. O'Donovan (2007) propose également la participation à diverses tâches au sein du service. Tout comme les techniques de relaxation, faire une balade, prendre une douche ou boire de l'eau, cette pratique permet d'occuper le patient et de le détourner de pensées néfastes.
- Le soutien par les pairs a été identifié comme étant une bonne pratique. Le travail de groupe permet de se donner des conseils, de bénéficier de soutiens et de profiter de l'entraide des personnes qui ont déjà été confrontés aux mêmes difficultés dans la vie quotidienne et en situation de crise. Pour favoriser cela, il faut d'une part utiliser l'expérience passée et d'autre part former le personnel au travail de groupe.
- La quatrième stratégie repose sur la communication ouverte. Au sein d'une unité, la mise en place d'une liaison directe entre les patients et le personnel, par le biais de personnes « désignées » par les autres, a permis de prévenir les crises ou de mieux les gérer. Les discussions entre patients et personnel ont notamment pour sujet l'organisation des journées ou les problèmes au sein de l'unité. Le patient devient ainsi un acteur de sa prise en charge. Le fait de devoir rencontrer chaque jour le personnel permet également de structurer la journée des patients et favorise également une meilleure conscience de son environnement et des personnes l'entourant.

Enfin, une stratégie d'intervention efficace serait l'enseignement thérapeutique des signes d'alerte qui pourraient signifier une décompensation. Lawn et McMahon (2015) ont en effet relevé que pour presque 30% des personnes interrogées, l'identification des signes précurseurs d'une crise serait utile. Le développement d'un plan de crise serait judicieux pour 26,1% des patients et la méditation est aussi citée par 29,7% des sondés comme étant une bonne ressource intrinsèque.

4.2.5 Ressenti des patients atteints de trouble de la personnalité borderline

Les patients souffrant d'un trouble borderline font souvent mention d'avoir l'impression d'être traités de manière différente. Chez Lawn et McMahon (2015), 65,4% des patients ont rapporté avoir été traités de manière irrespectueuse par les professionnels (surtout lors des hospitalisations). Les soignants leur ont notamment posé des questions qui leurs ont causé un sentiment de détresse. 70,5% patients ont également l'impression de ne pas être pris au sérieux, 57,1% trouvent qu'ils sont discriminés à cause de leur diagnostic et 53,6% disent ne pas être respectés par le personnel. Il y a donc une importante discrimination, tout du moins telle est la perception des patients. Dans une étude australienne (Mental Health Council Of Australia, 2011), 57% des patients ont déclaré avoir eu le sentiment que le personnel les évitaient. Ces difficultés engendrent un problème de relation avec le personnel. L'alliance thérapeutique est par conséquent remise en question comme le soulève plusieurs auteurs (Bergman & Eckerdal, 2000 ; Bowers, 2002 ; Fallon, 2003 ; Langley & Klopfer, 2005 ; Perseius, Ekdahl, Åsberg, & Samuelsson, 2005). Ils ont également relevé des problèmes de manque de respect et d'approches négatives et avancent le fait qu'il faut absolument éliminer ces attitudes négatives pour remettre en place une relation de confiance.

5. Discussion

5.1 Mise en perspective des résultats avec le cadre de référence

Les huit propositions d'Orem décrites dans la problématique vont maintenant être reprises afin de faire la mise en perspective des résultats des articles avec le cadre de référence. Avant de faire les liens avec ces propositions, il est important de savoir que selon Orem (1991), l'auto-soin est une action acquise, cela veut dire qu'elle est apprise dans l'environnement de la personne. Cette définition met en avant que l'auto-soin est quelque chose d'établi. Ainsi, en lien avec le patient atteint d'un trouble borderline, il a la capacité d'être responsable et par conséquent la capacité d'effectuer ses auto-soins, mais il aura momentanément besoin d'aide pour combler le déficit qui peut exister lors de l'hospitalisation. Orem (1991) dit que les soins infirmiers existent pour pouvoir aider les patients qui présentent des limites dans leur capacité de prendre soin d'eux-mêmes [traduction libre]. Les personnes vivant avec un trouble borderline peuvent présenter de l'impulsivité et/ou de l'instabilité que ce soit dans leurs relations, leurs affects ou leurs estimes d'eux-mêmes, ce qui peut les empêcher de prendre soin d'eux ou de prendre des décisions adéquates. C'est pourquoi le rôle de l'infirmière sera de les guider, les

soutenir, les éduquer, les re-responsabiliser ou encore les orienter, comme le préconise le système de soins de soutien-éducation selon Orem.

La première proposition d'Orem (1987) : « les infirmières entrent en relation et interagissent avec les personnes qui ont, vis-à-vis d'elles, un statut de patient » (p. 57) est importante à prendre en compte car l'alliance thérapeutique, qui est l'un des concepts de ce travail décrit dans la problématique, a été relevée dans les résultats de plusieurs articles sélectionnés (O'Donovan, 2007 ; Bowen, 2013 ; Commons Treloar, & Lewis, 2008) comme un élément primordial dans le rôle infirmier en psychiatrie. Cependant, il ne faut pas oublier que le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par des relations interpersonnelles instables (APA, 2013) et cela peut donc entraver l'alliance thérapeutique. La deuxième et troisième proposition d'Orem (1987) : « les patients légitimes de l'infirmière ont des nécessités d'auto-soin continues présentes et potentielles » et « les patients légitimes de l'infirmière ont des déficits présents ou potentiels quant à la satisfaction de leurs propres nécessités d'auto-soin » (p. 57) sont en lien ; les patients ayant des difficultés de type borderline ont des nécessités d'auto-soin qu'ils doivent reconnaître pour ensuite tenter d'y pallier. Par exemple, l'automutilation est l'une de leurs stratégies et l'infirmière va les aider à en trouver d'autres pour éviter une récurrence de cet acte d'auto-agressivité, comme par exemple utiliser des techniques de distractions citées dans les articles de Bowen (2013) et O'Donovan (2007). La septième proposition : « les infirmières et les patients agissent conjointement pour répartir les rôles de chacun dans la production de l'auto-soin du patient et la régulation de ses capacités d'auto-soin » (p. 58) met en évidence la prise de décision partagée qui est l'une des stratégies d'interventions relevée par Bowen (2013) ; c'est ce qui met le patient au centre de la thérapie et qui va le responsabiliser. Le patient devient de ce fait acteur de sa prise en charge.

Les quatrième et cinquième propositions sont : « les infirmières déterminent les valeurs existantes et changeantes des nécessités d'auto-soin continu des patients, choisissent les méthodes ou les technologies jugées valides et fiables pour satisfaire ces nécessités, formulent les lignes de conduite nécessaires à leur utilisation en vue de répondre aux nécessités d'auto-soin identifiées » et « les infirmières déterminent les valeurs existantes et changeantes des capacités qu'ont les patients de satisfaire leurs nécessités d'auto-soin en recourant à des procédés ou des technologies spécifiques » (p. 57). 30% des patients trouvent qu'il serait utile d'avoir un enseignement de la part des soignants sur les signes d'alerte d'une décompensation et le développement d'un plan de crise serait également utile pour 26% des personnes (Lawn & McMahon, 2015). Ces chiffres montrent la nécessité d'auto-soin spécifique à chaque patient selon leurs demandes et leurs besoins. La sixième proposition : « les infirmières évaluent le potentiel des patients par rapport a) au refus de s'engager dans un processus d'auto-soin à des fins thérapeutiques, b) au développement ou au perfectionnement de leurs capacités de s'engager dans un processus de soins, dès maintenant ou dans l'avenir » (p. 57) ; les difficultés dans les relations interpersonnelles des patients vivant avec un trouble borderline affectent la relation

thérapeutique. Il est également important de savoir que le patient ayant un trouble borderline est constamment en demande de soins mais va faire « faux bond » à la première occasion, ce qui pourrait le faire paraître comme étant manipulateur ou déloyal (Kapsambelis, 2011). Plusieurs articles montrent que le personnel soignant a des attitudes négatives envers ces patients (Commons Treloar & Lewis, 2008 ; Deans & Meocevic, 2006 ; Evans, 2007 ; James & Cowman, 2007 ; Lawn & McMahon, 2015), ce qui ne favorise pas l'évaluation de la situation d'engagement du patient et qui peut provoquer un clivage dans l'équipe. Enfin, la huitième proposition : « les actions de l'infirmière et des patients (ou les actions des infirmières compensant les limitations d'action des patients), qui assurent la régulation des capacités d'auto-soin de ceux-ci et satisfont leurs nécessités d'auto-soin, constituent des systèmes de soins infirmiers » (p. 58). Cela signifie que toutes les interventions réalisées en partenariat avec le patient constituent l'ensemble des soins infirmiers et par conséquent la prise en charge globale du patient. L'infirmière va devoir justement évaluer le type de système de soins infirmiers le plus pertinent pour aider le patient et poser un cadre avec lui en déterminant les règles et les conditions. Ce type de système de soins infirmiers est généralement le soutien-éducation dans le but éviter la dé-responsabiliser du patient. Ce système est développé en détail ci-dessous.

Les trois systèmes de soins infirmiers selon Orem (1987) sont décrits dans la problématique mais le système de soutien-éducation va être davantage développé ici car il semble adéquat pour les patients borderlines qui ont cette capacité à apprendre mais avec des instructions et de l'aide.

Le système de soutien-éducation :

Se distingue par le fait que 1) les personnes sont conscientes mais incapables de centrer leur attention sur elles-mêmes ou sur les autres pour accomplir leur auto-soins ou le soin des autres, 2) elles ne peuvent juger et décider de leurs propres soins de façon rationnelle et judicieuse si elles ne sont pas guidées, ou encore 3) elles ne peuvent se déplacer et accomplir certaines mesures d'auto-soins qu'en étant continuellement guidées et supervisées. (Orem, 1987, p. 193)

Ce système est celui qui est utilisé d'une part pour aider une personne vivant avec un trouble borderline à acquérir des stratégies pour compenser leurs déficits d'auto-soins (comme diminuer le risque de récurrences d'automutilation par exemple) et d'autre part pour éviter de dé-responsabiliser le patient.

Enfin, il y a les modes d'assistance qui sont des clés pour guider les interventions. Lorsque le système de soutien-éducation est nécessaire (ce qui peut être le cas dans la prise en charge d'un patient ayant une difficulté de type borderline) les modes d'assurances des infirmiers seront : guider, soutenir, enseigner et procurer un environnement développemental. Le mode d'assistance « guider » met en avant le concept de la prise de décisions partagées et ainsi placer le patient au centre de la thérapie comme évoqué dans l'article de Bowen (2013). L'infirmière pourra orienter le patient dans les

moments où il n'a plus les capacités de contrôler la situation. Le mode « soutenir » est basé sur l'alliance thérapeutique. De plus, cette dernière sera utile lorsque le patient ne sera plus susceptible de contrôler ses émotions par exemple ; le travail de la re-responsabilisation en fait également partie. Les travaux de groupe avec ou sans la présence de pairs peuvent être également un soutien pour les patients ; cette dernière notion est également soulevée par Bowen (2013). Le mode « enseigner » est primordial dans la prise en charge d'un patient souffrant de trouble borderline car l'infirmière fera un enseignement thérapeutique selon les besoins et les motivations du patient ; elle pourra donner des informations sur la pathologie en question (les patients en sont effectivement demandeurs, comme l'ont soulevé Lawn et McMahon, 2015), sur la mise en place d'objectifs conjointement avec le patient, sur la gestion des émotions, sur des stratégies d'adaptation efficaces et adaptées à la personne en lieu et place d'avoir recours à des automutilations, sur les facteurs déclencheurs d'une décompensation, sur des éventuelles éducations thérapeutiques en cas de problème de santé somatique ou encore pour préparer la sortie de l'hôpital par exemple. Enfin, « procurer un environnement développemental » est bénéfique lors de l'hospitalisation pour assurer un environnement sécuritaire en établissant des règles comme éliminer les objets tranchants (O'Donovan, 2007) ou en établissant un contrat d'absence de préjudices (d'automutilation) si le patient en a la nécessité.

5.2 Mise en perspective des résultats avec la littérature

Des liens peuvent être faits entre les résultats issus des articles analysés et la littérature évoquée notamment dans la problématique.

Ainsi, il est apparu que les attitudes mais aussi les sentiments négatifs que les infirmières éprouvent envers les patients atteints de trouble de la personnalité borderline sont courants. Dans différentes études (Wilstrand et al, 2007 ; Woollaston & Hixenbaugh, 2008 ; Deans & Meocevic, 2006 ; James & Cowman, 2007 ; Starr, 2004), il ressort globalement que les infirmières vivent des émotions très fortes au contact des patients atteints de trouble de la personnalité borderline. Les sentiments courants relevés notamment par Wilstrand et al (2007) sont l'incertitude, la peur, la colère et l'impuissance. Starr (2004) rajoute l'impatience, la frustration et l'hostilité. De plus, la pensée de ne pas pouvoir ou de ne pas être capable d'aider le patient est également présente (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Ces derniers ajoutent que les infirmières ont la sensation d'être diabolisées puis idéalisées peu après par les patients. Kapsambelis observe qu'ils répandent de la culpabilité et même de l'agressivité parmi les soignants (2011). Le clivage et l'incertitude constants quant au comportement du patient sont fatigants pour les professionnels et sont, selon eux, les patients les « plus difficiles à soigner » (James & Cowman, 2007 ; Deans & Moecevic, 2006 ; Wollaston & Hixenbourg, 2008).

Les soignants se sentent manipulés (Deans & Meocevic, 2006) d'un côté mais stigmatisent d'un autre ce groupe de patient, ce qui engendre des soins moins empreints d'empathie que face à d'autres types de patients. De fait, cela impacte sur la construction même de la relation de confiance et de l'alliance

thérapeutique. La qualité de la prise en charge et la capacité du patient à se rétablir sont par conséquent également touchées. Cette notion est importante car comme le dit Kapsambelis, ces patients se trouvent souvent en échec thérapeutique (2011). Parfois, il arrive même que cela induise inconsciemment des contre-transferts chez les patients où se mêlent sentiments positifs et négatifs (Evans, 2007). Cela est également souligné par Fontaine, pour qui les patients peuvent être émouvants, irritants, décourageants et passionnants en même temps, selon le moment ou la personne en face (2011).

Les sentiments et attitudes négatives sont relatés par une large majorité des études. De plus, il faut préciser le fait que ces comportements s'influencent les uns les autres et s'inscrivent dans un cercle vicieux ; les professionnels ont des préjugés et stigmatisent largement les patients atteints de troubles borderlines, notamment car ces derniers, à cause de leurs mécanismes de défenses inconscients liés à la maladie, ont des attitudes perçues comme « difficiles ». Du fait de ces appréciations négatives perçues, les patients se sentent fréquemment mal accueillis dans les unités de soins (Starr, 2004) mais également mal informés au sujet de leur pathologie ou de leurs traitements (Lawn & McMahon, 2015). Les patients se sentent désécurisés et pensent ne pas être les bienvenues et pourraient ainsi avoir des comportements vus comme négatifs par les infirmières, qui elles-mêmes auront des peurs et des doutes (Starr, 2004) et qui vont en arriver à les blâmer, et ainsi de suite.

Par conséquent, il est important pour les professionnels de garder une juste distance ; « suffisamment de proximité pour rester empathique et suffisamment de distance pour rester professionnel » (Fontaine, 2011, pp. 60-61). Selon Starr (2004), il est donc primordial de comprendre ce phénomène car les patients qui s'automutilent sont « revictimisés » lorsqu'ils se sentent traités avec hostilité et sans sympathie par les soins; cela exacerbe leur(s) sentiment(s) d'abandon et d'inutilité.

La formation du personnel soignant est un autre thème qui ressort des études analysées. Une carence en outils et en théorie concernant la pratique quotidienne des soins auprès de personnes borderlines a été relevée. Les infirmières reconnaissent un manque de connaissances et de compréhension des actions et déclarent à une grande majorité qu'une formation complémentaire sur le lieu de pratique ou lors de la formation initiale serait la bienvenue. (Wilstrand et al., 2007 ; Deans & Moecevic, 2006 ; Evans, 2007 ; James & Cowman, 2007 ; Lawn & McMahon, 2015 ; Wollaston & Hixenbaugh, 2008 ; Williams, 2002). Karman et al. (2014) rejoignent ce point de vue et soulignent le fait que les soignants ont besoin de temps, de prendre du recul et de disposer de bonnes ressources afin de créer une alliance thérapeutique pour des soins basés sur l'échange et la confiance. Evans rejoint également ce point de vue (2007). Selon Karman et al. (2014), Starr, (2004), et Clarkson (2003), l'empathie peut être développée lorsque les comportements d'autodestruction sont par exemple compris, analysés et non-stigmatisés. Ce besoin de formation et/ou de supervision ressenti par une grande partie des soignants

est légitime et Commons Treloar et Lewis (2008) ont pu prouver que l'introduction de formation a été bénéfique pour les infirmières. Cela d'autant plus que les soignants se sentent investis dans la prise en charge et dans leurs rôles à jouer auprès de ces patients (Lawn & McMahon, 2015 ; Cleary et al., 2002). Ces résultats confirment la nécessité, pour tous les professionnels qui sont confrontés aux patients ayant un trouble borderline, d'avoir accès à des formations régulières sur cette pathologie ; cela permettra de faciliter les réponses empathiques envers ce type de patient. Les patients eux-mêmes réclament certaines qualités de la part du personnel soignant, comme le calme, la patience, la connaissance, la flexibilité, l'empathie (Fallon, 2003) ou encore la confiance (Langley & Klopfer, 2005).

L'alliance thérapeutique est très importante pour que le patient puisse accéder à un changement, comme l'a exprimé Cottraux (2004). Si cette alliance ainsi que ce que Cungi (2006) a nommé « rapport collaboratif » sont mis de côté, la thérapie et la prise en charge même du patient peut être retardée, freinée ou biaisée. Bowen (2013) démontre qu'un cadre sécurisant et optimiste, basé sur le rétablissement, favorise le développement d'une alliance et les soignants se sentent davantage impliqués et ont une meilleure vision de ce type de patient. Pour créer cette alliance primordiale dans le domaine des soins psychiatriques, la prise de décision partagée ainsi qu'une bonne communication entre soignants et patients, l'implication de ces derniers dans la vie du service de soins mais aussi un soutien par les pairs permet de valoriser le patient et de l'« humaniser ».

Enfin, la responsabilisation est importante dans la prise en charge du trouble de la personnalité borderline. Comme le soulignent Stigler et Quinche (2001), ces patients sont responsables de ce qu'ils font ou ne font pas ; ils peuvent traverser des moments de crise et c'est à ce moment-là qu'il faut les guider puis les re-responsabiliser. Il est intéressant de voir que dans l'article de Deans et Meocevic (2006) les chercheurs se sont intéressés à poser la question de la responsabilité auprès des participants. Il en est ressorti que 79% des infirmières pensent que les personnes ayant un trouble borderline sont responsables quand ils enfreignent la loi, 64% pensent que les patients borderlines sont responsables quand ils font des tentatives de suicides, 8% blâment les patients qui font des tentatives de suicide. Il est étonnant de voir les différentes perspectives des soignants ; d'un point de vue ils pensent que les personnes ayant une difficulté de type borderline sont responsables de leurs actes, ce qui confirme ce que disent Stigler et Quinche (2001). Toutefois, d'un autre point de vue, 47% des soignants pensent qu'ils sont responsables de garder les patients en sécurité. Par conséquent, 53% pensent que ce n'est pas la responsabilité du soignant ; ce qui est paradoxal car 79% des infirmières pensent que les patients sont responsables d'eux-mêmes quand ils enfreignent la loi et 64% pensent que les patients ayant un trouble borderline sont responsables quand ils font des tentatives de suicide. Ceci montre que les infirmières pensent que les patients sont responsables de leurs actes mais d'un autre côté 53% pensent que ce n'est pas la responsabilité du soignant de les garder en sécurité ; ce qui démontre que la

question de la responsabilité n'est pas la même pour tous les soignants et qu'elle diffère selon le point de vue.

Outre les articles cités précédemment, Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips et Moran (2012) observent un point important; les auteurs concluent qu'il y a clairement un manque d'essais cliniques concernant la prise en charge des patients borderlines. Ces essais permettraient d'améliorer grandement les techniques et les stratégies à mettre en place pour gérer les crises de personnes souffrant de trouble borderline. Ces essais devront porter sur de multiples aspects comme la vie sociale, la qualité de vie, l'automutilation ou encore l'utilisation des services de santé.

5.3 Réponse à la question de recherche

Pour répondre à la question de recherche, un rappel de celle-ci est nécessaire :

« Quelles sont les interventions infirmières les plus efficaces pour contenir les gestes et pratiques d'automutilation dans une population d'adultes souffrant de trouble de la personnalité borderline ? »

Au travers de la lecture des articles, le regroupement des interventions en trois catégories a été jugé pertinent et intéressant. La première recouvre toutes les interventions concrètes, pratiques et directement applicables à une unité de soins. La seconde concerne plutôt des interventions moins concrètes mais qui peuvent améliorer les soins, la prise en charge et le bien-être du patient. Il s'agit surtout d'interventions au niveau relationnel, orientées sur le patient ou sur le soignant. Enfin, la troisième catégorie s'intéresse à toute la sphère de la formation du personnel soignant. Il est intéressant d'observer que ces trois différents « angles d'attaque » occupent une place bien spécifique et qu'ils sont interreliés. La première catégorie est en prise directe avec les patients. La seconde a une vue plus générale et développe des interventions plutôt basées sur le long terme. La dernière est la plus éloignée de la pratique, mais elle permet d'améliorer les soins en amont, en anticipant les problèmes et en créant des schémas d'interventions.

La première catégorie va être développée ci-dessous ; pour pouvoir gérer au mieux les patients borderline, il faut tout d'abord que leur environnement direct et que le personnel soignant à leur contact soit apte à les accueillir. Il faut ensuite que la structure leur permette de gérer leurs crises. Pour cela, il y a plusieurs stratégies d'interventions concrètes qui ont été décrites dans les articles scientifiques trouvés, à savoir :

- L'élimination des objets tranchants et la tenue de nuit en permanence (O'Donovan, 2007), dans le but d'empêcher le risque direct d'automutilation si les patients ont à proximité d'eux ces objets.
- La chambre de soins (isolement) ou le contrat d'absence de préjudice (O'Donovan, 2007) selon le degré du risque d'auto-agression.

- Les stratégies de distraction qui ont été relevées dans deux articles (O'Donovan, 2007 ; Bowen, 2013) et la création d'un rôle social (Bowen, 2013) peuvent faire diminuer le temps passé à penser à l'automutilation et permet de structurer la journée des patients et de les responsabiliser .
- Le soutien par les pairs (Bowen, 2013) peut être une ressource utile pour les patients afin de reprendre espoir, bénéficier d'un soutien social et retrouver le pouvoir d'agir.
- Une communication ouverte et respectueuse entre patients et soignants (Bowen, 2013).

La seconde catégorie, plutôt que de s'intéresser à des actions concrètes et à gérer l'environnement direct du patient, va ouvrir une vision plus générale tout en étant complémentaire aux interventions concrètes citées ci-dessus. Des concepts n'ont pas été directement cités dans les articles mais les aborder pour répondre à la question de recherche est pertinent. La responsabilisation, la pose d'un cadre, l'auto-soin, l'humanisation et l'alliance thérapeutique sont des concepts importants à connaître pour la prise en charge d'un patient qui a un trouble de la personnalité borderline. Comme le relèvent Stigler et Quinche (2001), la responsabilisation peut traverser des moments de crise mais le patient doit être re-responsabilisé à court terme pour qu'il puisse assumer ses actes (comme une automutilation) et non pas mettre la faute sur le soignant. Selon Stantzos et Schneebeli (2012), le cadre permet au patient de s'engager. Le cadre va également responsabiliser le patient en créant des conditions de travail entre lui et le soignant. En Suisse, dans certains établissements, le soignant laisse faire au patient ses pansements de plaie automutilatoire (ce qui peut être une forme d'auto-soin). Ceci figure préalablement dans le contrat de soins et renforce la responsabilité du patient. Cette pratique n'a pas été mentionnée dans la littérature abordée.

L'humanisation est un concept important. Les soignants ont des sentiments et des attitudes négatives envers les patients borderlines, ce qui peut engendrer un sentiment d'insécurité chez ces derniers. Lawn et McMahon (2015), soulignent par ailleurs que les patients estiment ne pas avoir assez d'informations pour parvenir à mieux gérer et à mieux comprendre leur maladie. Le fait de les considérer comme tous les autres patients permet d'améliorer la prise en charge et favorise l'alliance thérapeutique. De plus, il est essentiel pour les soignants de considérer la personne borderline comme « humain » avant de la considérer comme patient ou malade.

L'alliance thérapeutique (O'Donovan, 2007) et l'enseignement thérapeutique (Bowen, 2013) sont des éléments primordiaux dans la prise en charge du trouble de la personnalité borderline. L'alliance thérapeutique va permettre au soignant et au patient de définir ensemble des objectifs, ce qui favorise la prise de décision partagée (Bowen, 2013). Elle met le patient au centre de la prise en charge et permet de le re-responsabiliser. L'enseignement thérapeutique est une forme d'auto-soin qui va être apprise au patient pour qu'il puisse combler ses déficits. Enfin, les patients trouvent différentes

stratégies d'adaptation face à l'automutilation ou aux décompensations plus utiles que d'autres; l'identification des signes d'alerte, le développement d'un plan de crise ou encore la méditation ont été les plus souvent plébiscités (Lawn & McMahon, 2015). Il y a peu de recommandations d'Orem sur les attitudes des soignants. Cependant, les infirmières doivent avoir une attitude bienveillante et accompagnatrice pour aider la personne à surmonter ses limites, pour participer au recouvrement de la santé et à la prévention de la maladie et pour combler les déficits d'auto-soin. Les infirmières doivent également amener la personne à avoir une attitude responsable.

En dehors de ces deux catégories qui s'orientent sur le cadre des soins donnés aux patients, la troisième catégorie, celle de la formation, est aussi importante et nécessaire. Former les soignants, c'est avoir une vision encore plus générale de la prise en charge du patient borderline. Former les soignants, c'est leur donner les outils nécessaires pour affronter toutes sortes de situations, mais c'est aussi devoir effectuer des recherches pour pouvoir prévoir quels seront les soins de demain. Cette catégorie englobe en quelque sorte les deux autres puisqu'elle prépare les soignants à mettre en pratique les interventions concrètes et les interventions complémentaires. Clarskon (2003) dit qu'une meilleure formation engendre une meilleure compréhension des comportements du patient borderline. Evans (2007) pense qu'il faut avoir des formations pour que les soignants acquièrent des stratégies d'interventions pour faire indirectement diminuer les automutilations, mais également pour diminuer les fautes professionnelles comme les attitudes négatives. Bowen (2013) souligne l'importance de voir la personne dans son entier et pas uniquement ses symptômes. De plus, O'Donovan (2007) relève qu'il n'y a pas de pratiques homogènes aussi bien au sein de l'unité qu'entre les soignants du même service, ce qui peut mener à des contradictions et des tensions dans l'équipe. Au vu de la disposition qu'ont les patients borderline à utiliser le clivage, ce genre de tensions est contre-productif.

Enfin, en changeant de modèle théorique, la vision du soin et la vision du patient peuvent également être modifiées. L'étude de Bowen, qui a analysé le fonctionnement d'un service pratiquant avec le modèle du rétablissement comme cadre de référence, a prouvé que des attitudes positives envers les patients borderlines sont possibles et que cela est bénéfique tant pour le patient que pour le soignant (2013). Ce modèle thérapeutique, qui est basé sur l'espoir, la participation et la responsabilité et engendre de fait une vision optimiste du rétablissement et ainsi de la prise en charge.

5.4 Caractère généralisable des résultats et limites du travail

Le problème de la personnalité borderline est très complexe et finalement assez peu étudié. Il est par exemple compliqué de généraliser les études, notamment à cause des échantillonnages peu importants. De plus, le trouble de la personnalité borderline est relativement instable et une certaine thérapie ou prise en charge s'appliquant à un patient n'est pas forcément conseillée pour un autre patient. Il est donc compliqué de mettre en place des processus clairs et généralisés. Certains articles, notamment

celui de Bowen (2013), mentionnent des soins infirmiers qui sont basés sur le modèle de la communauté thérapeutique. Étant donné qu'il s'agit d'une vision du soin particulière, les résultats sont à nouveau non généralisables.

L'une des limites de ce travail est qu'il s'agit d'un sujet complexe, qui peut être considéré sous différents angles, et qui est peu documenté dans les études scientifiques, principalement en ce qui concerne les stratégies d'interventions mais également le vécu du patient vivant avec un trouble borderline. Des articles ont été trouvés sur la perspective du soignant, mais au final il y a peu de recherches sur le point de vue du patient. Aucune étude scientifique suisse n'a été trouvée dans les bases de données. Les études proviennent d'Europe, d'Australie et de Nouvelle-Zélande, où le système de santé et le type de prise en charge des patients ne sont fondamentalement pas différents du système helvétique. La plupart des articles, bien qu'ils traitent de la prise en charge infirmière et qu'ils donnent la parole à des infirmières, n'ont pas été écrits par celles-ci, ce qui, dans la perspective d'un approfondissement et d'une amélioration des techniques et des connaissances du personnel soignant, peut être préjudiciable. De plus, parmi les articles sélectionnés, celui d'Evans est une étude de cas et non pas une étude scientifique rigoureuse, ce qui peut être également une limite concernant certains aspects du travail. Tous les articles étant en anglais, la traduction se révèle parfois être complexe ; trouver la meilleure traduction possible afin de rester fidèle au sens donné par les auteurs est délicat. Enfin, malgré le fait qu'il est préconisé de pratiquer et de se fier aux Evidence Based Nursing, dans le cadre de ce travail, peu de recommandations pratiques issues des bases de données Cochrane et du Joanna Briggs Institute (JBI) ont été trouvées. Cela peut-être dû au fait qu'en psychiatrie, il est très difficile de poser des règles ou de décider d'appliquer des façons de faire strictes ; les prises en charges diffèrent entre chaque patient, chaque pathologie ou encore chaque hospitalisation.

5.5 Recommandations et implication pour la pratique professionnelle

Les soignants prennent part de manière importante à la prise en charge et au suivi des patients borderlines. Selon Lawn et MacMahon (2015) les soins sont fournis par le personnel soignant à hauteur de 36,2% ; il s'agit d'une part importante. Pourtant, en se référant à l'article de James et Cowman (2007), il apparaît que 81% du personnel pensent que les soins aux patients ayant un trouble borderline ne sont pas adaptés. Il convient donc, et sur ce point les articles concordent, d'améliorer les soins et par conséquent de faire quelques recommandations pour la pratique professionnelle. La première recommandation repose principalement sur **la formation**. Wollaston et Hixenbaugh (2008) remarquent qu'il n'y a pas de formation adaptée pour les soignants en contact avec des personnes vivant avec une difficulté de type borderline. La formation spécifique demandée par une très grande majorité du personnel soignant serait complétée par une formation visant plutôt à réussir à gérer les problèmes internes comme le stress, la fatigue et les réactions du personnel. On retrouve aussi ce souhait de formation chez plusieurs auteurs (James & Cowman, 2007 ; Deans & Meocevic, 2006 ;

Commons Treloar, & Lewis, 2008) ; près de 91% des soignants interrogés désireraient davantage de formation. 51,1% aimeraient améliorer leurs habiletés et leurs compétences, 48,2% auraient voulu une meilleure formation durant leur école et 47,8% voudraient pouvoir suivre des formations internes.

La deuxième recommandation, qui s'oriente dans la même direction que la formation, repose sur **la supervision**. Wollaston et Hixenbaugh (2008) de même que Holm, Begat et Severinsson (2009) et Wilstrand et al. (2007) partent du principe qu'en plus d'une formation adéquate, le personnel doit pouvoir bénéficier d'une bonne supervision. Cette supervision reposerait d'une part sur les processus internes, ce qui permettrait de mieux cerner les relations entre les soignants et patients, mais aussi au sein de l'équipe, et d'autre part sur les expériences vécues par le personnel soignant. Cet espace de discussion qui permet d'aborder ces expériences difficiles pourrait, à terme, diminuer le stress et ainsi prévenir, par exemple, le burnout. Holm et al. (2009) en arrivent aux mêmes conclusions. Selon l'article de Wilstrand et al. (2007) la notion de débriefing est importante pour les soignants afin de donner du sens à ce qu'ils vivent au niveau de la relation avec le patient. La mise en place d'une supervision permet de modifier le comportement des infirmières au niveau de leurs réactions négatives et émotionnelles avec, à nouveau, pour but de réduire le stress et les risques d'épuisement. Evans (2007) quant à lui préconise aussi l'instauration de groupes de supervision afin de maîtriser l'influence des patients sur les soignants et d'aider le personnel à prendre du recul. En plus de la formation et la supervision, l'homogénéité dans le service et auprès de tous les soignants est importante comme le souligne O'Donovan (2007). Afin d'éviter des contradictions et des tensions qui alimenteraient d'autant plus le phénomène des difficultés interpersonnelles et émotionnelles des patients ayant un trouble borderline, des pratiques communes à tous seraient souhaitables. Enfin, comme il a été relevé dans l'article de Wollaston (2008), le sentiment d'être « incapable d'aider » qu'ont les infirmières sont l'une des raisons principales pour laquelle elles perçoivent négativement la relation avec ce type de patient ; il serait donc intéressant de savoir ce que le verbe « aider » signifie pour elles. De nombreuses personnes font le métier d'infirmière pour pouvoir aider l'autre ou même le sauver. Cette notion est évocatrice du triangle dramatique – ou de Karpman – qui est composé d'une victime, d'un persécuteur et d'un sauveur. Si le soignant se met dans le rôle du sauveur lorsqu'il y a un acte d'automutilation, le patient va alors se mettre soit dans le rôle de la victime, soit dans le rôle du persécuteur par exemple, ce qui aura de toute façon comme conséquence de mettre la faute sur le soignant ou sur sa maladie et donc finalement de se dé-responsabiliser. C'est là où la conception du verbe « aider » devrait prendre un sens différent dans la prise en charge des patients atteints de troubles borderlines.

Une troisième recommandation qui est importante concerne **la responsabilisation** du patient. Comme l'ont exprimé Stigler et Quinche (2001), les personnes vivant avec un trouble borderline ont parfois tendance à se dé-responsabiliser, à remettre la faute sur les autres, à abandonner tout projet et à se

mettre certaines personnes à dos ; que ce soit les soignants ou l'entourage direct. Effectuer un travail de re-responsabilisation avec le patient est important. Pour ce faire, il convient de mettre en place des objectifs (ni trop audacieux, ni trop simplistes), de l'aider à se reprendre en main et de monter autour de lui une équipe qui le soutienne, tout en l'obligeant à se responsabiliser. Il se sentira ainsi davantage indépendant tout en se sachant soutenu. Cette recommandation s'inscrit dans le concept de cadre thérapeutique. Ce cadre, souvent imposé au patient dès son admission à l'hôpital, est parfois mal compris tant par les patients que les soignants eux-mêmes. Lorsqu'il est venu le moment de spécifier ce que contient exactement ce cadre et ce qu'il sous-entend, des difficultés apparaissent parfois. De même que la notion de « tenir » le cadre qui a été posé. Ainsi, comme le spécifient Stantzios et Schneebeli :

Nous devons être attentifs à ne plus utiliser ce mot « cadre » pour toute action qui met en jeu de la règle et des limites, mais plutôt à assimiler ce terme comme l'engagement avec le patient dans un processus vital qui engendre une dynamique de la rencontre (2012, p. 52).

Il est donc important de comprendre ce qu'est un cadre, à quoi il sert, ce qu'il contient et les particularités à respecter afin de s'y familiariser et d'être plus à l'aise avec cet outil nécessaire pour donner des repères au patient. Le soignant peut être frustrant mais de manière pertinente et réfléchie et non pas pour le « plaisir » de l'être. Dans l'article d'O'Donovan (2007), les participants ne sont pas à l'aise avec la pratique de la mise en chambre de soins et sur la décision sur ce qu'il faut retirer au patient (même matériel retiré pour tous) car ils trouvent que cela restreint la liberté et le choix des patients. Il est intéressant de comprendre la raison de cette pratique au sein du service et surtout de prendre en compte les croyances des soignants vis-à-vis de ces pratiques et les valeurs de ceux-ci, qui ne sont pas toujours les mêmes que celles du service.

Une quatrième recommandation concerne **les méthodes concrètes** pour diminuer les comportements d'automutilation décrites par O'Donovan (2007). Ces dernières sont pragmatiques et devraient être connues de tous. Hélas, une fois à domicile, les patients se retrouvent face à eux-mêmes et n'ont plus ce cadre responsabilisant et rassurant qu'ils avaient à l'hôpital. Il est donc primordial pour les infirmières, lors de l'hospitalisation, d'évoquer avec les patients leurs stratégies d'adaptation les plus appropriées et efficaces pour faire face au désir de s'automutiler. De plus, l'infirmière peut proposer des outils facilement accessibles pour le patient, par exemple l'application mobile Emoteo, développé par le service des spécialités psychiatriques des HUG. Téléchargeable sur tablettes et téléphones portables, il ne s'agit bien évidemment pas de remplacer une psychothérapie ou un traitement, mais d'un outil d'« urgence » à utiliser en cas de crise. Cette application permet à l'utilisateur d'évaluer son état interne de tension, puis de proposer des exercices faciles d'accès afin d'apaiser cette tension. Cet outil peut-être une bonne ressource pour les patients, en favorisant les auto-soins.

Il existe également différentes échelles afin d'analyser l'automutilation. Peu rencontrées en pratiques, elles peuvent, dans certains cas, se révéler pertinentes, notamment pour la compréhension du patient et son vécu avec sa maladie. Parmi ces échelles, seules certaines sont validées et peuvent donc être utilisées par les soignants pour mesurer l'intensité et le caractère des automutilations. Trois échelles particulièrement intéressantes ont été trouvées parmi un large panel proposé par Dao Le (2015). Cependant, aucun des articles scientifiques sélectionnés ne les évoquent. La première est le « Self-Harm Inventory ». Il s'agit d'un questionnaire portant sur 22 comportements autodestructeurs. Bien qu'il ne mesure pas les raisons de ces comportements, il permet de rapidement faire un état de la situation du patient. La deuxième qui a été retenue est le « Self-Injury Questionnaire ». Ce questionnaire est un peu plus complet que le précédent et permet de connaître la fréquence, le type et la fonction des différents comportements automutilatoires ainsi que leurs liens avec l'enfance. Il contient 4 sous-échelles : les altérations physiques, les automutilations indirectes, l'échec de se prendre en charge et les automutilations déclarées. La dernière échelle est la « Suicide Attempt Self-Injury Interview ». Cet entretien est de loin le plus complet, puisqu'il fait 17 pages. Il s'intéresse aux méthodes, à la létalité, à l'impulsivité, aux conséquences, aux tentatives de suicide et à la probabilité d'un sauvetage. Il est cependant peu utilisé par la médecine générale et les urgences à cause de sa longueur. Outre les différents aspects explorés et cités ci-dessus, d'autres aspects sont examinés dans d'autres échelles, comme la gravité, la durée, l'intention ou encore l'âge d'apparition des différents comportements déclarés.

Une autre recommandation, peu abordée dans les articles analysés, mais néanmoins pertinente, s'intéresse à la durée d'hospitalisation des patients borderlines. Bateman et Fonagy (2000) ont démontré que de très courtes hospitalisations présentaient de bien meilleurs résultats que de longues hospitalisations en hôpital psychiatrique. Cependant, pour que ces courtes hospitalisations fonctionnent, il faut réunir plusieurs éléments : notamment une bonne structure, un traitement sur le long terme ou encore une grande implication tant de la part du patient que des soignants.

Pour conclure, une dernière recommandation est l'utilisation et le développement des structures ambulatoires. La prise en charge hospitalière des patients ayant un trouble borderline doit être la plus courte possible afin d'éviter qu'ils s'accoutument au service mais aussi en raison des coûts qu'engendrent des semaines d'hospitalisation. Il est donc important d'établir une prise en charge ambulatoire à la fin de la prise en charge hospitalière (si le patient n'y avait déjà pas recouru avant son hospitalisation) pour éviter que celui-ci se retrouve « seul » ou démuni face à ses difficultés quotidiennes une fois à domicile. Il existe une importante structure ambulatoire à Lausanne (les consultations de Chauderon), comprenant notamment : divers groupes spécifiquement pour les patients ayant un trouble de la personnalité limite, comme les groupes de gestion des émotions ou de résolution de problèmes, ou encore des suivis individuels. Il y a également des suivis

psychothérapeutiques spécialisés comme la thérapie comportementale dialectique ou la psychothérapie focalisée sur le transfert. De plus, il existe des unités de jour où sont proposés des ateliers (cuisine, bricolage, etc.) ainsi que certaines activités adaptées aux personnes qui ne travaillent plus ; elles permettent notamment de structurer leurs journées. Tous ces éléments sont importants à connaître afin d'orienter les patients selon leurs besoins et/ou leurs envies. À un niveau supérieur, utiliser certains modèles de soin, comme les modèles de la communauté ou du rétablissement par exemple, permet d'amener une nouvelle conception du soin et donc une prise en charge différente. En outre, l'application de modèles théoriques de soins infirmiers, comme celui d'Orem, apporte de nouveaux éclairages et de nouveaux points de vue sur les situations.

6. Conclusion

Il est intéressant de noter que si les articles concernent généralement les attitudes négatives des infirmières, il y a également des articles qui contredisent ce flot de « mauvaises attitudes » et de « sentiments contre-productifs ». De plus, selon la formation reçue, selon le modèle de soins appliqué au sein du service ou de l'établissement et selon la personnalité du soignant, la prise en charge du patient diffère beaucoup. Malgré les connaissances quant au rôle à jouer, un manque de confiance en leurs propres compétences engendre une demande importante de supervisions ou de formations ; autant pour acquérir de nouveaux outils, de nouvelles connaissances mais également pour maintenir l'enthousiasme, des attitudes positives et leur confiance. L'acquisition d'un meilleur savoir-faire est essentiel pour reconnaître et agir de manière adéquate face aux différents modes d'interactions des patients ayant un trouble borderline et à leurs mécanismes de défenses qui sont si caractéristiques et subtils. Cependant, la psychiatrie est éloignée des sciences « somatiques » dans le sens où des protocoles ne peuvent pas être systématiquement mis en place. De plus, l'esprit, le mode de fonctionnement du cerveau et la psychopathologie ne sont encore de loin pas résolus et découverts dans leur intégralité. Ainsi, bien que la théorie, les supervisions ou les formations aient une place indéniable, la nécessité de pratique et l'apprentissage « en faisant » tient aussi une place importante. Cela a notamment été souligné par Kapsambelis :

Le soignant d'aujourd'hui reçoit une formation d'une très grande richesse au niveau des connaissances, mais nous exerçons malgré tout des métiers « pratiques », c'est-à-dire des métiers dont l'efficacité repose pour beaucoup sur les savoir-faire et l'expérience [...] D'où aussi ma conviction que le soin ne s'apprend pas (seulement), mais (surtout) se transmet (2011, p. 36).

Et c'est là que réside tout le charme de la psychiatrie, dans son imprévisibilité, dans son aspect « mystérieux » et dans sa capacité à obliger les soignants à toujours plus de flexibilité et d'empathie.

7. Bibliographie

7.1 Liste de références

American Psychiatric Association. (2001). Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2–52.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C : American Psychiatric Association.

Audiard, P. (2009). Le trouble de personnalité de type « état limite ». *Soins Psychiatrie*, 263, 18-20.

Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.

Bellucci, S. (2009). Le trouble de personnalité de type « état limite». *Soins Psychiatrie*, 263, 29-33.

Bergman B., & Eckerdal A. (2000). Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder : shared philosophy or ambivalence – a qualitative study from the view of caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 245–252.

Biskin, R. S., & Paris, J. (2013). Comorbidities in Borderline Personality Disorder. Repéré à <http://www.psychiatrictimes.com/borderline-personality/comorbidities-borderline-personality-disorder>.

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95(3), 251-260.

Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009353. doi: 10.1002/14651858.CD009353.pub2

Bourgeois, D. (2009). Etat limite et automutilation. *Santé Mentale*, 143, 32-36.

Bowen, M. (2013). Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 491–498.

- Bowers, L. (2002). *Dangerous and Severe Personality Disorder : Response and Role of the Psychiatric Team*. Londre, Angleterre : Routledge.
- Carros, C. (2009). Le trouble de personnalité de type « état limite». *Soins Psychiatrie*, 263, 26-28.
- Clarkson, P. (2003). *The Therapeutic Relationship* (3^{ème} éd.). Londres, Angleterre : Whurr Publishers.
- Cleary M., Siegfild N., & Walters G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186–191.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique: fondements, mise en œuvre*. Paris, France : Dunod.
- Commons Treloar, A.-J. & Lewis, A.-J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder : randomized controlled trial. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 981-988.
- Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 3, 151-159.
- Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Paris, France : Retz.
- Dao Le, L. K. (2015). *Self-Harm (Adults) : Validated Measurement Instruments*. The Joanna Briggs Institue. Repéré à http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.20.0b/ovidweb.cgi?&S=HIKMFPBJBEDDFKEJNCIKBALBALMCAA00&Link+Set=S.sh.40l3ls1_190
- Dean, M.A. (2001). *Borderline Personality Disorder : The Latest Assessment and Treatment Strategies* (2^{ème} éd.). Kansas City, KS : Compact Clinicals.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43-49.

- Evans, M. (2007). Being driven mad : towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 216-232.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system : the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-401.
- Fontaine, P. (2011). Soigner les patients borderline. *Santé Mentale*, 160, 60-65.
- Gallop, R., Lancee, W. J. & Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label 'borderline personality disorder'. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 815-819.
- Gicquel, L. (2009). Le vaste champ des automutilations. *Santé Mentale*, 143, 22-27.
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364, 2037-2042.
- Holm ,A. L., Begat, I., & Severinsson E. (2009). Emotional pain : surviving mental health problems related to childhood experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 636-645.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). *Trouble de la personnalité limite (TPL) : causes, symptômes et traitements*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-personnalite-limite>
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.
- Kapsambelis, V. (2011). Soigner les patients borderline. *Santé Mentale*, 160, 32-36.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, E., & Van Meijel, B. (2014). Nurses' attitudes towards self-harm : a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 65-75.

- Knuf, A. (2014). Le trouble de la personnalité borderline : comprendre la maladie et trouver de l'aide [Brochure]. Genève, Suisse : Pro Mente Sana.
- Krawitz, R., & Watson, C. (2003). *Borderline Personality Disorder : A Practical Guide to Treatment*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- Langley, G. C., & Klopper H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 23–32.
- Lauret, M. (2011). Soigner les patients borderline. *Santé Mentale*, 160, 49-53.
- Lawn, S., & McMahon, J., (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510-521.
- McAllister M., Creedy D., Moyle W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 578–586.
- Mental Health Council of Australia. (2011). *Consumer and carer experiences of stigma from mental health and other health professionals*. Repéré à https://mhaustralia.org/sites/default/files/imported/component/rsfiles/publications/Consumer_and_Carer_Experiences_of_Stigma_from_Mental_Health_and_Other_Health_Professionals.pdf
- Moras, L., Barbot, C., Moras, C., & Perrin-Niquet, A. (2012). *L'infirmier(e) en Psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie* (2^{ème} éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD). (2010). Borderline Personality Disorder : A Most Misunderstood and Malignant Mental Illness. Repéré à http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/wpcontent/uploads/2011/09/BPD_Fact_Sheet_FINAL_17_Feb_2010.pdf
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules : the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 64-71.

- Orem, D. E. (1987). Soins infirmiers : les concepts et la pratique. Montréal, QC : Décarie Editeur.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4^{ème} éd.). St. Louis, MO : The C.V.Mosby Company.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, Self mutilation and suicide : literature review. *Encéphale*, 34, 5.
- Perseius ,K.-I., Ekdahl S., Åsberg M., & Samuelsson M. (2005). To tame a volcano : patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 160–168.
- Phaneuf, M.. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-cmme-instrument-de-soins.pdf>
- Pinkofsky, H.B. (1997). Mnemonics for DSM-IV Personality Disorders. *Psychiatric services*, 48, 9.
- Robichaud-Ekstrand, S. (1990). Orem en médecine-chirurgie. *Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, 86(5), 44.
- Rogers, K., (2005). *La relation d'aide*. Repéré à <http://www.infirmiers.com/pdf/la-relation-d-aide.pdf>
- Sandler J., Dare C., & Holder A. (1975). *Le Patient et le Psychanalyste*. Paris, France : Presse Universitaires de France.
- Service correctionnel Canada. (2012). *La différence entre la tentative de suicide et l'automutilation non suicidaire*. Repéré à <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-rr10-02-fra.shtml>
- Société suisse de thérapie comportementale et cognitive. (n.d.). *Trouble borderline*. Repéré à <http://www.sgyt-sstcc.ch/fr/pour-patients/troubles-psychiques-des-adultes/borderline/index.html>

- Stantzios, A., & Schneebeli, V. (2012). Il faut poser un cadre au patient! *Santé Mentale*, 172, 52-55.
- Starr, D. L. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42, 6.
- Stigler, M., Quinche, P. (2001). Le « patient difficile » en crise et sa compétence à se responsabiliser. *Primary Care*, 1, 361-357.
- Williams C. (2002). A sense of self and identity. *Mental Health Practice*, 5, 24–27.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing Boundaries : a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 72-78.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind' : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 703-709.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, B., Silk, K.R., Hudson, J.I., & McSweeney, L.B. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder : A 10-Year Follow Up Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 929-935.
- Zinder, A., Demirci, S., & Kollate, E. (2014). *Le trouble de la personnalité borderline: comprendre la maladie et trouver de l'aide* [Brochure]. Genève, Suisse : Pro Mente Sana.

7.2 Liste bibliographique

- Association canadienne pour la santé mentale. (2015). *Les jeunes et l'automutilation*. Repéré à http://www.cmha.ca/fr/mental_health/les-jeunes-et-lautomutilation/#.VT5JGxYlmwJ
- Boriceanu, O. (2005). Etats-limites : stratégies thérapeutiques. *Santé Mentale*, 97, 41-49.
- Chappuis, V., Quémand, B., & Praz, C. (2007, Juin). Infirmier en psychiatrie. Quel rôle? Quelles fonctions ? *Diagonales, mensuel romand de la santé mentale*, 51, 4-9.
- Desseilles, M., Grosjean, B., & Perroud, N. (2014). *Le manuel du borderline*. Paris, France : Eyrolles
- Douville, O. (2004). L'automutilation, mise en perspective de quelques questions. *Champ psychosomatique*, 4(36), 7-24.

- Fortin, F., Côté, J., & Filion, F. (2005). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gasse, J.M., & Guay, L. (2009). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. (2^{ème} éd.). Cap-Rouge, QC : Les Presses Inter Universitaires.
- Holdsworth, N., Belshaw, D., & Murray, D. (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm : the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 449-458.
- Kammermann, C. (2006). *Mise au point : Bordeline, trouble de la personnalité grave mais méconnu* [Vidéo en ligne]. Repéré à <http://www.rts.ch/play/tv/mise-au-point/video/borderline-trouble-de-la-personnalite-grave-mais-meconnu?id=465632>
- Kernberg, O. (1989). Aspects psychodynamiques et traitement hospitalier des patients borderline. *Psychothérapies*, 2, 83-89.
- Kernberg, O. F., Widlöcher, D., & Marcelli, D. (1997). *Les Troubles limites de la personnalité*. Paris, France: Dunod.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury : A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Larouche, C., & Poirier, N. (1987). *Guide de la démarche de soins selon Orem: [à l'usage des étudiant(e)s en soins infirmiers]*. Montréal, QC: Collège de Bois-de-Boulogne.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, Reliability, And Validity of A Scale To Assess Suicide Attempts And Intentional Self-Injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312.
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Philadelphia, PA : Lippincott.
- O'Connell, B., Dowling, M. (2013). Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(4), 27-33.

- O'Donovan, A., Gijbels, H. (2006). Understanding Psychiatric Nursing Care with Nonsuicidal Self Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units : The Views of Psychiatric Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, (20)4, 186-192.
- Olié, E. (2014). Douleur et personnalité borderline. *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 119-122.
- Patterson, O., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self harm : the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 438-445.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, (27)1, 35-64.
- Provencher, H., & Keyes, C. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 7, 579-589.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (2008). The Self-Harm Inventory (SHI) : development of a scale for identifying self-destruction behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983.
- Santa Mina, E., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C., & Grewal, P. (2006). The Self-Injury Questionnaire : evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 221-227.
- Stoffers, J., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD005653. doi:10.1002/14651858.CD005653.pub2.
- Tortosa, A. (2013). *AAPEL: Association d'aide aux personnes avec un "état-limite"*. Repéré à <http://www.aapel.org/bdp/BLmythFR.html>
- Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* (trad. de la 2^{ème} éd.). Traduction française par H. Clavet. Saint-Laurent, QC: ERPI.

Venturini, A., Andreoli, A., Frambati, L., Lorillard, S., Burnand, Y., & Ohlendorf, P. (2011).

Le trouble de la personnalité borderline est facile à traiter : sommes-nous prêts à relever le défi ? *Rev Med Suisse*, 7, 390-394.

Weight, E., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, (17)3, 34-38.

Wright, K., & Jones, F. (2012). Therapeutic alliances in people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, (16)2, 31-35.