

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

---

## **Infirmiers et personnalité borderline**

### **Préserver l'alliance thérapeutique**

Réalisé par : Antonin Johanna

Promotion : Bachelor 07

Sous la direction de : M. Aziz Salamat

Juillet 2010

## ***Abstract***

Cette étude porte sur les moyens dont disposent les professionnels de la santé pour instaurer et conserver une alliance thérapeutique. Elle est particulièrement centrée sur le traitement des personnalités de type borderline. Ce dernier étant, en effet, très rapidement abandonné par ces patients.

Il s'agit d'une revue de la littérature. Suite à une collecte de données, l'analyse qualitative et thématique a été réalisée dans le but d'identifier les points forts des différentes études sélectionnées et d'établir des liens entre ces éléments et ceux du cadre théorique. Une évaluation du travail est ensuite effectuée et des propositions pour le futur sont présentées.

Il est évident qu'il existe encore des lacunes dans la formation des professionnels de la santé. En effet ils estiment qu'ils manquent de connaissances.

Il est important de noter que les moyens améliorant l'alliance ne sont pas compliqués à mettre en place, puisqu'il s'agit de favoriser l'empathie, l'écoute et le respect.

## ***Mots-clés***

Personnalité borderline, état limite, personnalité émotionnellement labile, alliance thérapeutique, alliance de travail, infirmière en psychiatrie.

## ***Remerciements***

A Mr Aziz Salamat, qui ma guidée et aidée tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

A Mme Chris Schoepf, pour ses précieux conseils méthodologiques.

A tout mes collègues de la volée 07, pour leur esprit de camaraderie et d'entraide afin de mener à bien nos recherches.

A mes parents, Françoise et Charles-Albert, pour leur relecture et leur aide précieuse.

A ma sœur, Maude, pour son soutien moral et sa minutieuse relecture.

A ma belle famille, pour leurs encouragements.

A Justine et Marie, pour leur soutien moral, les matins où la fatigue se faisait sentir.

A Damien pour ses précieux conseils en informatique.

A mes amies, Jasmina, Annick, Angélique, Julie et Aline pour leur présence, leur soutien, mais aussi pour les moments de détente partagés.

Et enfin, j'aimerais remercier tout particulièrement Gilles, pour sa patience, sa confiance, sa motivation et son soutien.

# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Motivations</b>	<b>3</b>
1.1.1. Motivations personnelles	4
1.1.2. Motivations socioprofessionnelles	5
1.1.3. Motivations économiques et politiques	6
<b>1.2. Représentations personnelles</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Lien avec le référentiel de compétences de l'infirmière</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Objectifs d'apprentissage</b>	<b>12</b>
<b>2. Problématique</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Définition du problème</b>	<b>13</b>
<b>2.2. Importance du problème</b>	<b>16</b>
<b>2.3. Etat actuel de la question</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Questions et objectifs de la recherche</b>	<b>17</b>
<b>3. Cadre théorique</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Alliance thérapeutique</b>	<b>18</b>
3.1.1. Définition	18
3.1.2. Historique	18
3.1.2.1. L'alliance	19
3.1.2.2. L'alliance thérapeutique	19
3.1.3. Alliance thérapeutique selon Charly Cungi	22
3.1.3.1. Rapport collaboratif	22
3.1.3.1.1. Dimension affective	23
3.1.3.1.2. Dimension professionnelle	23
3.1.3.2. Techniques d'entretien	24
3.1.3.2.1. Entretiens individuels	24
3.1.3.3. Pièges relationnels	25
<b>3.2. Trouble de la personnalité borderline</b>	<b>26</b>
3.2.1. Présentation du trouble	26
3.2.2. Caractéristiques	27
3.2.3. Étiologie	28
3.2.4. Co-morbidités	29
3.2.5. Traitements	30
3.2.5.1. Psychothérapie	31
3.2.5.2. Traitements pharmacologiques	34
<b>3.3. Les relations interpersonnelles en soins infirmiers</b>	<b>38</b>
3.3.1. Les rôles infirmiers	39
3.3.2. Les principes fondamentaux	40
3.3.3. Travail psychologique	40
3.3.3.1. Apprendre à compter sur les autres	40
3.3.3.2. Apprendre à différer la satisfaction	41
3.3.3.3. S'identifier	41
3.3.3.4. Apprendre à participer	41
3.3.4. Méthode dans les soins infirmiers	42
<b>4. Méthodologie</b>	<b>43</b>
<b>4.1. Recherche des données</b>	<b>44</b>
<b>4.2. Choix des données</b>	<b>46</b>
<b>4.3. Analyse des données</b>	<b>47</b>

<b>5. Analyse</b> .....	<b>48</b>
5.1. L'alliance thérapeutique.....	50
5.2. La psychothérapie interpersonnelle.....	54
5.3. La supervision clinique.....	59
5.4. Les relations interpersonnelles.....	60
5.5. La thérapie centrée sur les émotions.....	61
5.6. La thérapie cognitive et analytique.....	64
5.7. La réalité objective et subjective.....	67
5.8. Synthèse de l'analyse.....	69
<b>6. Discussion</b> .....	<b>71</b>
6.1. Validité de la recherche.....	71
6.1.1. Limites de ma recherche.....	71
6.1.2. Validité des recherches.....	72
6.2. Pour aller plus loin.....	75
6.3. Propositions.....	76
<b>7. Conclusion</b> .....	<b>77</b>
7.1. Atteinte des objectifs de recherche et d'apprentissage.....	77
7.2. Bilan personnel.....	78
7.2.1. Facilités.....	78
7.2.2. Difficultés.....	79
<b>8. Références</b> .....	<b>80</b>
8.1. Bibliographie.....	80
8.1.1. Livres, monographie, ouvrages.....	80
8.1.2. Articles, périodiques, quotidiens.....	81
8.2. Cybérographie.....	83
8.3. Autre documentation.....	83
<b>9. Annexes</b> .....	<b>84</b>
9.1. Annexe A : Le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence.....	84
9.2. Annexe B : Référentiel des compétences.....	86
9.3. Annexe C : Tableau comparatif des critères diagnostiques.....	89
9.4. Annexe D : Grille d'évaluation des études qualitatives.....	90
9.5. Annexe E : Stratégie de recherche.....	91
9.6. Annexe F : Critères d'exclusion.....	93
9.7. Annexe G : Littérature choisie.....	105
9.8. Annexe H : Tableau de recension des écrits scientifiques.....	106
9.8.1. Etude 1.....	106
9.8.2. Etude 2.....	109
9.8.3. Etude 3.....	112
9.8.4. Etude 4.....	114
9.8.5. Etude 5.....	117
9.8.6. Etude 6.....	119
9.8.7. Etude 7.....	122
9.9. Annexe I : Gradation des faits : niveaux de preuve.....	124
9.10. Annexe J : Gradation des recommandations.....	125

# 1.Introduction

Etudiante à l'HES SO/Valais, j'élabore ce mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention de mon Bachelor en soins infirmiers. Celui-ci est une recherche initiale en revue de la littérature.

Le thème de ce travail de recherche porte sur l'alliance thérapeutique<sup>1</sup> dans le milieu de la psychiatrie, plus particulièrement lorsque un infirmier travaille en relation avec des personnalités borderline<sup>2</sup>.

Le trouble de la personnalité borderline est défini par le DSM-IV<sup>3</sup> comme « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement<sup>4</sup> ».

La personnalité borderline est caractérisée par une impulsivité marquée ainsi qu'une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.

Ces personnes, selon le DSM-IV, représenteraient 20%<sup>5</sup> des patients hospitalisés dans un service de psychiatrie. Les professionnels de la santé sont donc fréquemment en contact avec ces états limites.

---

<sup>1</sup> Vous pourrez retrouver le terme d'alliance thérapeutique aussi sous le nom d'alliance de travail, j'utiliserai aussi le terme de lien pour représenter la relation entre le patient et le professionnel.

<sup>2</sup> Vous pourrez retrouver le terme de personnalité borderline sous le nom d'états limites et de personnalités émotionnellement labiles.

<sup>3</sup> Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux de l'American psychiatric association : American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson.

<sup>4</sup> Ibid. p.763

<sup>5</sup> Ibid. p.765

Je vais principalement axer ma recherche sur la relation qu'entretiennent les soignants avec les états limites, afin de découvrir la manière dont les professionnels établissent, préservent et rétablissent cette alliance thérapeutique. En réalisant cette démarche, je souhaite dévoiler les moyens mis à disposition des infirmiers et infirmières en psychiatrie lorsqu'ils sont confrontés, dans leur pratique, à des personnalités émotionnellement labiles.

Quel type de relation les professionnels entretiennent-ils avec ces personnes ? Quels sont les moyens dont disposent les soignants pour conserver l'alliance thérapeutique ? Les infirmiers et infirmières sont-ils tous égaux dans la relation avec ces patients. En quoi cette dernière est-elle différente ? Que représente l'alliance thérapeutique dans le traitement des personnalités borderline ? Comment cette alliance est-elle établie et conservée, tout au long de l'hospitalisation ?

Toutes ces interrogations m'ont amené vers cette question de départ:

Quels sont les moyens à disposition des soignants pour garantir une alliance thérapeutique aux personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline ?

## 1.1. Motivations

Il me semble important, durant ma formation d'infirmière, de m'intéresser à l'alliance thérapeutique et de l'explorer plus amplement. Ce lien est présent dans toute relation entre soignant et soigné, elle permet une prise en charge globale de la personne, dirigée vers un seul but commun<sup>6</sup>.

En effet, ce travail me permettra de développer bon nombre de compétences, plus particulièrement la seconde de mon référentiel, qui est la suivante :

« Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins ».

Ces compétences seront décrites plus loin dans ce travail<sup>7</sup>.

De plus, cette réflexion sur l'alliance thérapeutique, son élaboration, ainsi que sa fragilité est valable dans tous les milieux de soins et pas seulement dans le milieu de la psychiatrie. La relation entre le client et l'infirmière joue un rôle majeur dans la compliance du patient face aux contraintes de sa maladie et aux traitements<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai. L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 2315.

<sup>7</sup> Cf. Lien avec le référentiel de compétence de l'infirmière. Point 1.3

<sup>8</sup> J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai. L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 2315.

### **1.1.1. Motivations personnelles**

Le choix de mon thème est issu d'une interrogation portant sur mes motivations à devenir infirmière. Je me suis très vite rendue compte que le côté relationnel était primordial dans la pratique. Pour moi aider les gens, être en contact avec eux, trouver ensemble un sens à ce qu'ils vivent sont les parties les plus enrichissantes de ce travail. Sans une bonne relation thérapeutique il est très dur de mener à bien une hospitalisation.

C'est pour ces raisons que mon travail s'oriente vers la communication, les échanges et la collaboration.

J'ai choisi ensuite le milieu de la psychiatrie et plus particulièrement de la personnalité borderline suite à un stage en pédopsychiatrie.

J'ai découvert qu'il existait au-delà du « faire » une autre vision des soins, celle-ci permet de prendre en charge le client dans toute sa globalité, autant biologique, psychologie, sociale et culturelle, tout cela en tenant compte du système qui l'entoure.

J'ai rencontré des personnes ayant des comportements issus de la personnalité borderline<sup>9</sup>, leur prise en charge m'a beaucoup intriguée, car elle sortait de l'ordinaire et était très intéressante.

J'ai pu m'apercevoir que tous les soignants n'étaient pas armés de la même manière, certains étaient excédés par ces personnes émotionnellement labiles, ils perdaient parfois pied et cela rompait totalement la relation avec ces adolescents. Cette manière de faire m'a interpellée, car pour aider, je crois qu'il faut garder un lien avec la personne que l'on soigne.

Cette constatation m'a donné envie de trouver ou d'analyser les outils mis à la disposition des professionnels afin de gérer ces situations trop difficiles émotionnellement.

---

<sup>9</sup> Les troubles de personnalité ne sont diagnostiqués qu'en début d'âge adulte, c'est-à-dire pas avant 18 ans. J'ai effectué mon stage dans un service de pédopsychiatrie accueillant des jeunes jusqu'à 18 ans. C'est pour cela que je parle uniquement de comportements et non de troubles de personnalité borderline. Cf. Annexe A

### **1.1.2. Motivations socioprofessionnelles**

L'un des domaines qui m'attire dans la profession d'infirmière est la psychiatrie. C'est un milieu très vaste, qui prend en compte les aspects de la psychologie et les comportements humains.

Durant mon stage en pédopsychiatrie, j'ai pu me rendre compte de l'importance de l'alliance thérapeutique entre les soignants et les soignés. L'infirmier n'est pas uniquement présent pour des soins, il est aussi le confident et doit être capable de recadrer les personnes si besoin est. C'est une approche différente des soins infirmiers en milieu hospitalier.

J'aimerais approfondir mes connaissances dans ce milieu et plus particulièrement dans la relation avec des personnes ayant une pathologie psychiatrique.

Ce travail, je l'espère, donnera des pistes aux professionnels de la santé, afin de maintenir une alliance thérapeutique et une communication au sein de leur relation.

En effet, la personnalité borderline est très complexe et, comme cité dans l'introduction, elle constitue le 20%<sup>10</sup> des personnes hospitalisées dans des unités de soins psychiatriques, ce qui n'est pas négligeable.

Les hospitalisations de ces états limites sont souvent multiples, de longue durée, et très éprouvantes pour le personnel hospitalier. Les cliniciens peuvent alors les considérer comme des personnes étant ardues à traiter ou alors simplement des patients difficiles<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux de l'American psychiatric association : American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson. P.765

<sup>11</sup> Pierre Cousineau, *Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité*, santé mentale au Québec, 1996, XXII, 1, P.5

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène :

- Ce sont des patients avec des comportements impulsifs.
- Ils jonglent avec le suicide.
- Et enfin ils oscillent entre l'idéalisation du thérapeute ou alors à l'inverse la dévalorisation de ce dernier.

Nous pouvons donc conclure que cette prise en charge est, pour les professionnels de la santé, très difficile à gérer, à comprendre et peut créer quelques tensions au travail et au sein de l'équipe.

Je pense enfin, qu'une meilleure prise en charge et que la conservation de l'alliance thérapeutique permettrait de diminuer la fréquence de ces hospitalisations, ainsi que la frustration présente dans les équipes soignantes.

### **1.1.3. Motivations économiques et politiques**

Le milieu de la psychiatrie connaît depuis quelques années un certain essor, une étude<sup>12</sup> a révélé une augmentation de 5% de traitements psychiatriques et ce uniquement pour la période de 1997 à 2002 et pour les femmes.

Malgré cette augmentation, on estimera qu'un Suisse sur deux souffrirait au moins une fois dans sa vie de troubles psychiatriques. Malheureusement, la plupart de ces maladies restent majoritairement placées sous silence et non traitées. Beaucoup de personnes vont consulter des médecins de famille, mais celui-ci ne va pas les aider ou alors uniquement leur donner un traitement. Ce qui a pour effet d'augmenter les coûts de la santé.

---

<sup>12</sup> Isabelle Sturny, Sacha Cerboni, Stephan Christen, Peter C. Meyer. *Données sur les soins des personnes atteintes de maladie psychique en Suisse; document de travail No. 4*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2004

La confédération a estimé pour 2008 que le 10,2% des diagnostics psychiatriques posés chez les femmes seraient celui de « personnalité émotionnellement labile, de type borderline ». Celles-ci seraient âgées entre 15 et 39 ans. Quant aux hommes, uniquement 5,4% d'entre eux seraient dans cette situation.

Ces chiffres montrent une nette progression de ce type de pathologie psychiatrique et donc une augmentation des hospitalisations de patients émotionnellement labiles.

En Valais, il y a une augmentation depuis 5 à 10 ans du diagnostic de la personnalité borderline<sup>13</sup>.

Les états limites, dans le milieu de la psychiatrie sont considérés comme une pathologie fréquente (le DSM-IV parle de 20% des personnes hospitalisées en psychiatrie<sup>14</sup>), ayant une durée d'hospitalisation d'environ 25,2 jours<sup>15</sup> et souvent multiples, suivant des psychothérapies fréquentes, consommant une multitude de traitements médicamenteux. De plus ces personnes abandonnent fréquemment leurs thérapies<sup>16</sup>.

Tout cela mènerait aussi à une augmentation des coûts de la santé.

Les infirmières considèrent souvent ces personnes comme difficiles à traiter. Elles se sentent désarmées, manipulées, incapables d'aider les patients<sup>17</sup>.

Cela pourrait alors les amener à quitter ce milieu complexe, pour un autre domaine des soins infirmiers.

---

<sup>13</sup> Deux hypothèses responsables de cette hausse : plus de personnes vont consulter des spécialistes ou les spécialistes ont plus de moyens à leur disposition pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité.

<sup>14</sup> American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson. P.765

<sup>15</sup> www.admin.ch

<sup>16</sup> Fondation WYETH, *réseau européen d'étude de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, 2004

<sup>17</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, V.15, P. 706 - 707

Je pense qu'une meilleure alliance thérapeutique pourrait faire diminuer ces coûts. Car selon une étude<sup>18</sup>, la construction d'une alliance dès le début de la thérapie est nécessaire. Elle serait bénéfique pour les patients et diminuerait les arrêts de traitement. Si ce dernier est suivi dans sa totalité, il peut permettre aux personnalités borderline d'apprendre à mieux vivre avec leur trouble.

Et pour terminer, je pense que des moyens, ainsi que des règles sont primordiales pour préserver la relation de confiance entre l'infirmière et le patient.

## **1.2. Représentations personnelles**

Afin de progresser dans ma recherche, il serait intéressant de confronter mes visions, mes représentations avec la réalité.

J'explore donc, ci-dessous, mes idées sur l'alliance thérapeutique chez les personnalités borderline.

Pour moi, l'alliance thérapeutique est la base de la relation dans le milieu de la psychiatrie entre les clients et les professionnels de santé. L'alliance amène confiance, sécurité et secret médical.

Les soins avec les états limites sont particulièrement difficiles, car ce sont des personnalités instables.

Il est important d'avoir une bonne alliance thérapeutique, ainsi que des règles négociées préalablement pour mener à bien leur hospitalisation.

---

<sup>18</sup> Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Kooiman K, Van Dyck R, Arntz A (2007). *The therapeutic alliance in Schema-Focused and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. V.75 (1), P. 104

### **1.3. Lien avec le référentiel de compétences de l'infirmière**

L'élaboration de ce travail Bachelor me permet de développer plusieurs compétences inscrites dans le référentiel Bachelor<sup>19</sup>.

Je vais, ci-dessous, citer les trois qui me paraissent essentielles dans cette recherche et les décrire.

#### **Compétence 2 : « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires »**

- ***Recherche et situe les caractéristiques propres à la clientèle concernée dans chaque situation relationnelle.***

Ce travail me permettra d'étendre ma vision actuelle de certaines situations de soins. En effet, cette recherche m'aidera à mieux adapter mon alliance thérapeutique, selon le type de personnalité.

- ***Agit dans le respect de l'altérité du client***

Les soins dispensés par les soignants autant physiques que psychiques doivent être faits dans le respect et l'altérité de la personne que l'on a en face. Nous devons prendre en compte les choix de la personne, afin de mener à bien la relation. Je pense que l'alliance thérapeutique est la base de tout lien entre les personnes soignantes et les personnes soignées, elle permet d'instaurer un but commun et donc respecter les choix du patient.

- ***Explicite les cadres nécessaires au travail relationnel***

Afin que l'alliance thérapeutique évolue au mieux, il est nécessaire de poser un cadre avec le patient. De ce fait, chacun aura sa place dans la relation et se sentira à même d'aider au mieux le client.

---

<sup>19</sup> Annexe B

- ***Met en place les conditions qui permettent la construction du sens de l'expérience vécue par le client***

Il est important de prendre du temps avec les personnes, afin de trouver des solutions et des buts. Cela permettra d'élaborer un projet commun. Une bonne relation thérapeutique, ainsi qu'un bon climat de confiance, aide le client à se livrer, à se dévoiler au soignant et ainsi donner un sens à ce qu'il vit.

#### **Compétence 4 : Evaluer ses prestations professionnelles**

- ***Justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites***

Chaque situation de soins doit être évaluée et auto évaluée, afin de se remettre en question pour garantir la qualité des soins. Une bonne alliance favorise les relations entre patients et soignants et renforce également le lien entre les professionnels de la santé. Elle améliorera donc la qualité du travail effectué.

Cette recherche me permettra aussi de remettre en question une pratique actuelle, même s'il ne la changera pas. Cependant, il répondra à mes interrogations concernant la situation de soins présentée dans ce mémoire de fin d'étude.

- ***Recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions***

Ce travail est une réflexion sur la pratique, il se réfère à des connaissances professionnelles déjà éditées. Je pourrai ainsi poser un regard objectif sur différentes théories, concepts et réalités.

Durant mes recherches, j'aurai l'occasion de développer mes connaissances dans le domaine de la psychiatrie, de l'alliance thérapeutique, ainsi que des personnalités borderline.

**Compétence 5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé**

Ce travail est plus qu'une contribution à l'étude, en effet j'élabore moi-même cette recherche en revue de la littérature. Il est issu d'un questionnement face à une problématique de terrain. Pour ce faire, je dois respecter une méthodologie et des principes éthiques.

Il me permet ainsi de me familiariser avec la méthodologie des soins infirmiers.

- ***Utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique***

Je n'ai pas la prétention de pouvoir changer la pratique. Par contre, je peux élargir la réflexion sur l'alliance thérapeutique dans le domaine de la psychiatrie et des personnalités borderline. J'espère, de ce fait, proposer de nouvelles alternatives dans les milieux de soins afin d'améliorer cette alliance. Ou alors simplement offrir aux gens la possibilité d'expérimenter de nouvelles pratiques sur le terrain.

- ***S'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain***

Ce questionnement est survenu à la suite d'un stage effectué en pédopsychiatrie. Je me suis rendue compte que tous les professionnels ne sont pas égaux face aux problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique. Je pense particulièrement au milieu de la psychiatrie. Celui-ci est complexe et la relation y est primordiale.

- ***Participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement***

Ce travail me permet de développer et de mobiliser de nouvelles connaissances sur le thème de l'alliance thérapeutique et de la personnalité borderline. Pour ce faire, j'effectue des lectures, j'échange avec des professionnels et prends en compte les recherches déjà effectuées auparavant.

## **1.4. Objectifs d'apprentissage**

Je vais vous présenter maintenant les objectifs que je souhaite atteindre durant mon travail de mémoire. Il est important de me fixer des buts, afin de pouvoir m'évaluer lorsque ma recherche sera terminée.

### **Compétence 2**

Je mettrai en relief les ressources dont disposent les infirmières afin d'améliorer leur alliance thérapeutique lorsqu'elles côtoient des personnalités borderline.

### **Compétence 4**

A la fin de la recherche, je m'auto-évaluerai en regard avec la méthodologie choisie. Je vérifierai aussi l'atteinte de mes objectifs fixés en début de travail.

### **Compétence 5**

J'appliquerai une méthodologie, afin de mener à bien ma recherche. Pour ce faire j'utiliserai des documents issus de travaux publiés et vérifiés par des professionnels de la santé. Je définirai une problématique issue du terrain. Je choisirai un cadre de référence qui me permettra d'illustrer au mieux les différents éléments de mon travail, que sont l'alliance thérapeutique et la personnalité borderline. Je consulterai aussi des documents de recherche déjà publiés. J'analyserai ces écrits, j'en ferai une synthèse, et enfin m'auto-évaluerai.

## 2. Problématique

J'ai construit ma problématique selon quatre points que sont : la définition du problème, l'importance du problème, l'état actuel de la question et enfin les objectifs de la recherche.

### 2.1. Définition du problème

Les personnalités borderline, comme cité dans l'introduction, représentent environ 20%<sup>20</sup> des patients d'une unité de soins psychiatrique, ce qui n'est pas négligeable.

De part sa personnalité, l'état limite a de la peine à développer ou maintenir une alliance thérapeutique avec les soignants ou simplement maintenir une relation de confiance avec quelqu'un<sup>21</sup>. Ce constat peut s'expliquer par plusieurs traits de la personnalité borderline, par exemple : une instabilité de l'image de soi et donc un manque de confiance envers elle-même, une instabilité des affects ou encore une instabilité émotionnelle.

Ne négligeons pas le comportement infirmier. En effet, il joue aussi un rôle important dans cette alliance de travail. 90% de l'équipe soignante considèrerait les personnalités borderline comme étant manipulatrices. Cela aurait pour effet de diminuer l'empathie<sup>22</sup>, pourtant nécessaire et essentielle dans la relation.

---

<sup>20</sup> Tiré de : American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson. P.765

<sup>21</sup> Gerald Adler, M.D. (1979). The myth. Of the alliance with borderline patients, *AM J Psychiatry*, 136 :5

<sup>22</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : *nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder*. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, V.15, P. 704

Ce ressenti vis-à-vis de ces patients peut encore s'expliquer par plusieurs comportements.

Les personnalités émotionnellement labiles, de par leur instabilité de l'image de soi, de leurs efforts démesurés pour éviter les abandons, vont alors se montrer très demandeurs envers les adultes. Elles essaient d'attirer l'attention et de la monopoliser, elles recherchent beaucoup d'affection<sup>23</sup>. Ces demandes ne sont pas toujours possibles à réaliser dans une unité de soins.

Ces patients sont aussi connus pour leurs accès de violence, leurs comportements menaçants et leurs tentatives répétées de suicide ou d'automutilation. Tout cela nécessite une prise en charge et une attention particulière, surtout lors de situations de crises.

L'infirmier peut alors se sentir touché par ces comportements, ressentir de l'incompréhension face à ce mal-être qui pousse le client à cette violence envers lui même.

L'équipe soignante ou les autres patients pourraient aussi être la cible de leurs menaces, ce qui, n'est pas acceptable pour certaines personnes<sup>24 25</sup>.

---

<sup>23</sup> Catherine Poursac, *Phénomène borderline : à propos de l'augmentation de la population adolescente « borderline » dans les institutions spécialisées en Valais Romand, réalité ou imagination*, Mars 1999

<sup>24</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, V.15, P. 707

<sup>25</sup> Catherine Poursac, *Phénomène borderline : à propos de l'augmentation de la population adolescente « borderline » dans les institutions spécialisées en Valais Romand, réalité ou imagination*, Mars 1999

En résumé la prise en charge est problématique car<sup>26 27</sup> :

- Leurs crises sont difficiles à gérer.
- L'adulte est touché affectivement.
- Ils épuisent les professionnels.
- Ils sollicitent et attirent beaucoup l'attention.
- Ils interpellent autant verbalement que par leurs comportements agressifs.
- Ils ont de la peine à dialoguer.
- Les équipes les ressentent comme manipulateurs.
- Ils clivent<sup>28</sup> les équipes.
- Ils abandonnent souvent les thérapies.
- Les infirmiers ne perçoivent pas de résultats de leurs efforts.
- Les soignants se sentent incapables de les aider.

Tout ceci affecte le ressenti du référent vis-à-vis de ces malades. Ce dernier pourrait être découragé quant à la prise en charge de ces patients. Et cela expliquerait pourquoi son empathie est diminuée.

A cela s'ajoutent les difficultés de la personnalité borderline à créer et conserver une alliance thérapeutique. Je peux donc en conclure que celle-ci sera très fragilisée.

Cependant, le 90%<sup>29</sup> des soignants est concerné par ces difficultés. Cela me laisse donc penser que les 10% restant gère cette relation de manière adéquate.

---

<sup>26</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : *nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder*. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, V.15, P. 705 - 708

<sup>27</sup> Catherine Poursac, *Phénomène borderline : à propos de l'augmentation de la population adolescente « borderline » dans les institutions spécialisées en Valais Romand, réalité ou imagination*, Mars 1999

<sup>28</sup> Le clivage, est une coexistence de deux potentialités contradictoires, l'une tenant compte de la réalité, l'autre déniait cette réalité. Soit tout est blanc, soit tout est noir. Tiré de Dicopsy.com le dictionnaire de psychologie.

<sup>29</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : *nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder*. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, V.15, P. 704

## 2.2. Importance du problème

Environ 90%<sup>30</sup> des cliniciens considère ces personnes comme des patients ardues à traiter, difficiles. Cela s'expliquerait par plusieurs comportements : impulsivité, tentatives de suicide et oscillation entre idéalisation ou dévalorisation<sup>31</sup>.

Ce problème est tel, que certains patients se sentent quelques fois rejetés par les soignants, et quelques professionnels refusent de s'occuper d'eux, les évitent<sup>32</sup>. Aucune alliance thérapeutique n'est possible à ce moment là.

Dans l'état actuel des choses, il est important de trouver et de mettre à disposition des professionnels de la santé des moyens afin de préserver cette alliance thérapeutique, car il y a une augmentation des patients dans les institutions<sup>33</sup>.

## 2.3. Etat actuel de la question

Actuellement, il y a très peu de recherches sur le thème de l'alliance thérapeutique chez les patients ayant des troubles de la personnalité de type borderline.<sup>34</sup> Les travaux concernant les personnes émotionnellement labiles sont plus basées sur les différents types de thérapies<sup>35</sup>, de nouveaux traitements médicamenteux, ou alors leur gestion en cas de crise<sup>36</sup>.

---

<sup>30</sup> K.Woollaston & P. Hixenbaugh (2008). « *Destructive Whirlwind* » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, V.15, P. 704

<sup>31</sup> Pierre Cousineau, *Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité*, santé mentale au Québec, 1996, XXII, 1, P.5

<sup>32</sup> Catherine Poursac, *Phénomène borderline : à propos de l'augmentation de la population adolescente « borderline » dans les institutions spécialisées en Valais Romand, réalité ou imagination*, Mars 1999

<sup>33</sup> Isabelle Sturny, Sacha Cerboni, Stephan Christen, Peter C. Meyer. *Données sur les soins des personnes atteintes de maladie psychique en Suisse; document de travail No. 4*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2004

<sup>34</sup> cf tableau de stratégie de recherche en annexe

<sup>35</sup> Paris J. (2010) *Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder*. *Curr Psychiatry Rep*. V. 12 (1), P. 56 – 60

<sup>36</sup> Borschmann R, Moran P. (2010), *Crisis management in borderline personality disorder*. *Int J Soc Psychiatry*

Quelques recherches identifient le problème de l'alliance thérapeutique, mais très peu donnent aux professionnels les moyens ou outils qui pourraient les aider à conserver ou rétablir cette alliance.

Nous savons par contre, que plus la relation thérapeutique est établie tôt, moins il y aura de risque que le traitement soit abandonné prématurément par le patient borderline<sup>37</sup>.

## 2.4. Questions et objectifs de la recherche

Afin de pouvoir mener à bien cette recherche, je me pose donc les questions suivantes :

- Quels sont les moyens à disposition des soignants pour garantir une alliance thérapeutique aux personnalités borderline lors d'une relation duelle ?
- Quelles sont les ressources pour évacuer les tensions liées à la prise en charge de ces personnes ?

Je vais maintenant vous citer les différents objectifs de mon mémoire de fin d'étude :

1. Découvrir le maximum d'éléments spécifiques à la relation thérapeutique, et ce dans le milieu psychiatrique et plus particulièrement dans le travail avec la personnalité borderline.
2. Prendre connaissance des moyens dont disposent les professionnels de la santé, afin de garantir une alliance thérapeutique aux personnalités borderline lors d'une relation duelle<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Kooiman K, Van Dyck R, Arntz A (2007). *The therapeutic alliance in Schema-Focused and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. V.75 (1), P. 104

<sup>38</sup> J'entends par ce terme, que le thérapeute et le client interagissent ensemble dans la relation.

## 3. Cadre théorique

Afin de pouvoir répondre au mieux à ma question de recherche, j'ai réalisé différents cadres de référence.

En premier lieu, il me paraît essentiel de m'attarder sur l'alliance thérapeutique. Je vais tout d'abord la définir, puis présenter son évolution dans l'histoire.

### 3.1. Alliance thérapeutique

#### 3.1.1. Définition

L'alliance thérapeutique est définie comme « une constitution d'un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche d'un mieux-être du second. L'alliance thérapeutique doit à la fois prendre en compte les problèmes propres du patient et ceux de sa famille, en évitant de prendre parti pour l'un contre l'autre<sup>39</sup>. »

#### 3.1.2. Historique

L'alliance thérapeutique a beaucoup évolué au cours des derniers siècles. Elle a toujours existé, mais n'était pas toujours nommée comme telle.

---

<sup>39</sup> Tiré de : S. Ivanov-Mazzucconi, A.-M. Leyreloup, M.-J. Cottureau & E. Digonnet. (2005). *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*. Elsevier Masson

### **3.1.2.1. L'alliance**

L'alliance<sup>40</sup> apparaît tout d'abord au niveau biblique, elle représente des contrats, des promesses, des accords passés entre Dieu et les hommes. Celle-ci est scellée par des serments.

On retrouve ensuite l'alliance à la préhistoire, où elle change de nom, devient un traité particulièrement présent dans les conflits militaires.

A ce jour, on peut la rencontrer dans le mariage, dans cette situation elle signifie : engagement mutuel et réciprocité. Elle est symbolisée par un anneau et une signature des deux époux.

### **3.1.2.2. L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique<sup>41</sup> a été définie préalablement dans le contexte des psychothérapies.

Freud<sup>42,43</sup> fût le premier à utiliser le terme d'alliance thérapeutique, en 1912. Il pensait que « l'attitude de maintien d'un « intérêt sérieux » pour le client, dans une « compréhension bienveillante » permettrait à la partie saine du moi du client de construire un attachement positif avec l'analyste et de développer un engagement avec le thérapeute »<sup>44</sup>.

La relation entre le patient et le thérapeute va être le moteur de la relation thérapeutique. Ce dernier pourra alors assurer la tâche de guérir.

---

<sup>40</sup> J. Bastian, J.-L. Valdeyron, V. Vaquier. (2001). *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers*. Recherche en soins infirmiers, 66, P. 94 - 96

<sup>41</sup> Ibid. P. 96 - 98

<sup>42</sup> Freud. (1993), Journal of consulting and clinical psychology. 61 (4).

<sup>43</sup> Freud est l'un des précurseurs de la psychanalyse.

<sup>44</sup> Tiré de : J. Bastian, J.-L. Valdeyron, V. Vaquier. (2001). *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers*. Recherche en soins infirmiers, 66, 93-100.

En 1965, Grenson<sup>45</sup> instaure l'alliance de travail<sup>46</sup>. Il la définit comme une relation basée sur la réalité entre le thérapeute et le client. Elle est constituée de trois facteurs :

- Le transfert
- L'alliance de travail
- La relation

C'est ensuite Zetzel<sup>47</sup> qui reprendra le terme d'alliance thérapeutique. Pour elle, l'attachement lie le patient au thérapeute et vice-versa.

Rogers<sup>48</sup> ajoutera que l'alliance nécessite empathie, regard inconditionnellement positif et authenticité. Le thérapeute agit pour obtenir des changements, une évolution favorable du client.

En 1975, Bordin insistera sur la collaboration positive du client avec le soignant contre leur adversaire commun.

Il identifie trois facteurs :

1. **The tasks, les tâches** : que sont les comportements, les conseils, le processus cognitif. Chacun doit alors accomplir des actions.
2. **The goals, les buts** : le thérapeute et le client ont un ou des buts communs identifiés et ciblés. Ils se fixent ensuite des objectifs.
3. **The bonds, les engagements** : le lien d'attachement tissé entre le client et le thérapeute comprenant la confiance, l'acceptation et la confiance.

---

<sup>45</sup> Grenson était un célèbre psychiatre et psychanalyste américain.

<sup>46</sup> Working alliance

<sup>47</sup> Zetzel est médecin et psychanalyste, elle a beaucoup écrit sur l'hystérie et le transfert.

<sup>48</sup> Rogers est un psychologue humaniste américain

En 1979, Bowlby<sup>49</sup> va décrire l'alliance thérapeutique comme la base de la sécurité. Elle vise à établir une relation de collaboration entre le patient et le thérapeute. Cela permet au patient d'effectuer de nouveaux apprentissages, d'adopter des comportements plus adaptés, ainsi que d'accepter de remettre en cause sa manière de fonctionner. Cette alliance permettra au patient de se placer en tant que thérapeute et d'étudier son propre comportement.

Dès 1990, Gaston<sup>50</sup> met en évidence une approche multidimensionnelle, comprenant quatre facteurs :

1. Alliance de travail : la capacité du patient de travailler dans la thérapie.
2. Alliance thérapeutique : le lien affectif du patient au thérapeute.
3. Compréhension et engagement affectif du thérapeute pour le patient.
4. Entente entre le patient et le thérapeute.

Cette approche est influencée par plusieurs paramètres :

1. L'alliance au cours des premiers entretiens, qui peut être associée au climat affectif qu'il y a entre le patient et le thérapeute
2. L'alliance au cours du traitement, qui est souvent fluctuante, mais qui peut être restaurée.

---

<sup>49</sup> Bowlby : Psychiatre et psychanalyste anglais, ayant publiés de nombreux articles sur le concept de l'attachement.

<sup>50</sup> Gaston L. *The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations*. Psychotherapy 1990 ; 27 : 143-53

### **3.1.3. Alliance thérapeutique selon Charly Cungi**

Pour Chaly Cungi<sup>51</sup>, psychiatre spécialisé dans les thérapies comportementales et cognitives, l'alliance thérapeutique est avant tout une condition nécessaire pour que le patient puisse modifier ses émotions, ses croyances, ainsi que ses comportements. Ce lien, nécessaire à toute relation thérapeutique, est basé sur l'empathie. C'est-à-dire, sur la capacité de ressentir et de partager les émotions des autres. Il identifie aussi que la relation thérapeutique est notamment difficile à établir lorsque le patient souffre de troubles de la personnalité et particulièrement ceux du type borderline.

Pour lui, il existe des méthodes spécifiques utiles, voire indispensables afin d'établir l'alliance thérapeutique. Lorsque le thérapeute les néglige, cela peut ralentir le processus de thérapie, allant même quelques fois jusqu'à l'interrompre.

Savoir engager, développer et maintenir un rapport collaboratif est bénéfique pour les procédures de soins en général.

#### **3.1.3.1. Rapport collaboratif**

Le rapport collaboratif<sup>52</sup> représente la relation qui existe entre le patient et son thérapeute. Tout deux travaillent ensemble afin de résoudre les problèmes déterminés en début de thérapie.

---

<sup>51</sup> Cungi Charly. (2006). *L'alliance thérapeutique*, Savoir faire psy, Paris, Retz.

<sup>52</sup> Ibid. P. 18 - 26

Lors du premier contact, des composantes relationnelles interfèrent dans la relation, il s'agit de comportements divers (méfiance/confiance, hostilité/séduction...). Tant que ces comportements sont au premier plan de la relation, la thérapie ne peut ni commencer, ni se poursuivre.

Il est donc important d'évaluer la personne qui se trouve en face de nous, afin d'établir les choses que l'on peut lui dire et la manière de se comporter avec elle.

Nous pouvons alors identifier deux dimensions dans le cadre de cette relation.

### **3.1.3.1.1. Dimension affective**

Une relation thérapeutique doit être<sup>53</sup> :

- **Empathique** : le thérapeute se doit de prendre en compte la réalité du patient et de la restituer au patient telle qu'il la perçoit.
- **Authentique** : le thérapeute doit se sentir à l'aise avec la réalité que vit le patient et avec le patient lui-même. Mais il doit aussi être en accord avec ses émotions, ses pensées, ainsi que ses sentiments.
- **Chaleureuse** : le thérapeute doit avoir la capacité de trouver le patient sympathique malgré tout ce qu'il ressent.

### **3.1.3.1.2. Dimension professionnelle<sup>54</sup>**

- **Disposer d'un statut** : le patient doit savoir à qui il s'adresse et ce qu'il peut attendre de cette personne. Cela aura aussi pour effet de diminuer la méfiance du patient vis-à-vis de son thérapeute.
- **Avoir des compétences** : un thérapeute se doit de savoir établir une alliance thérapeutique, recueillir des informations nécessaires, utiliser un mode opératoire et des méthodes thérapeutiques tout en étant capable de les remettre en question.

---

<sup>53</sup> Cungi Charly. (2006). *L'alliance thérapeutique*, Savoir faire psy, Paris, Retz. P.23 - 24

<sup>54</sup> Ibid. P. 24 - 25

### 3.1.3.2. Techniques d'entretien

#### 3.1.3.2.1. Entretiens individuels

Je vais développer en particulier les entretiens individuels<sup>55</sup>. En effet mon travail de recherche se base uniquement sur les relations duelles et non sur les relations et thérapies de groupe.

Avec les entretiens individuels, on utilise la règle des « **quatre R** ».

- **Recontextualiser** : cela signifie qu'il faut associer les dires du patient et les conditions dans lesquels ils sont intervenus. Pour ce faire, il faut tout d'abord centrer le patient sur ses ressentis, afin de se faire une meilleure idée de ce que celui-ci vit. Cela nous permettra d'analyser ses dires en lien avec une situation précise
- **Reformuler** : ce procédé consiste à répéter ce que nous dit le patient afin de se focaliser uniquement sur son vécu. De plus, cela permettra au patient de clarifier et de préciser les termes utilisés, afin d'éviter tout malentendu avec le thérapeute. Et ainsi favoriser de travailler en équipe.
- **Résumer** : il peut se faire en début ou en fin de séance selon le but recherché, pour faire un point sur l'état de la situation.
- **Renforcer** : cela signifie valider ce que le patient ressent, afin de préserver la confiance et favoriser les confidences.

---

<sup>55</sup> Cungi Charly. (2006). *L'alliance thérapeutique*, Savoir faire psy, Paris, Retz. P.113 - 133

### **3.1.3.3. Pièges relationnels**

Les pièges relationnels<sup>56</sup> vont altérer le rapport collaboratif ou alors complètement l'annuler, c'est pourquoi il est important de les éviter.

Je cite donc ci-dessous les comportements à ne pas adopter :

- Essayer de convaincre le patient, cela va générer de la résistance.
- Débattre, cela va faire monter la relation en escalade.
- Effectuer un questionnement, car le patient ne va plus se sentir en sécurité et donc diminuer l'accès aux informations.
- Faire dire au patient ce que l'on veut entendre.
- Minimiser un problème.
- Travailler à la place du patient.
- Aller trop vite ou trop lentement.

---

<sup>56</sup> Cungi Charly. (2006). *L'alliance thérapeutique*, Savoir faire psy, Paris, Retz. P.209 - 221

## 3.2. Trouble de la personnalité borderline

### 3.2.1. Présentation du trouble

Le trouble de personnalité borderline, ainsi appelé dans le DSM-IV<sup>57</sup>, est considéré comme une maladie psychique depuis environ 1980. Le CIM-10<sup>58</sup>, quant à lui, préfère le nommer « trouble de personnalité émotionnellement labile ».

Il touche 2 à 3% de la population mondiale selon l'OMS<sup>59</sup>, dont une majorité de femmes (75% selon le DSM-IV).

Il est décrit comme étant un trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles. Il peut aussi être caractérisé par une humeur imprévisible et capricieuse, une prédisposition aux explosions émotionnelles, une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres.

Deux types peuvent être distingués :

1. **Le type impulsif** : se caractérise principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions.
2. **Le type borderline** : comprend en outre des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles. Il se traduit aussi par un sentiment chronique de vide intérieur, des relations interpersonnelles intenses et instables et une tendance à adopter un comportement autodestructeur comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux de l'American psychiatric association : American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson.

<sup>58</sup> CIM-10. (2007). Classification statistique internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. Consultée le 11 mai 2010, URL : <http://www.icd10.ch/index.asp>

<sup>59</sup> Organisation mondiale de la santé

<sup>60</sup> CIM-10. (2007). Classification statistique internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. Consultée le 11 mai 2010, URL : <http://www.icd10.ch/index.asp>

### 3.2.2. Caractéristiques

Dans les deux manuels de diagnostic<sup>61</sup>, nous pouvons distinguer une ligne directrice similaire pour caractériser les personnes émotionnellement labiles.

Nous retrouvons dans ces livres quelques points communs. Ils s'accordent ainsi sur les faits suivants :

- Trouble de la personnalité débutant à l'âge adulte.
- Instabilité des affects et de l'humeur.
- Impulsivité.
- Efforts effrénés pour éviter les abandons.
- Relations interpersonnelles instables et intenses.
- Instabilité de l'image de soi ou de la notion de soi.
- Manque de contrôle des impulsions.
- Répétition de comportements, gestes, menaces suicidaires et automutilations.
- Instabilité affective ou émotionnelle.
- Sentiments chroniques de vide.
- Colère intense.
- Gestion de la colère problématique.

Nous pouvons aussi noter des différences dans ces deux ouvrages. Lorsque le DSM-IV ajoute une alternance entre idéalisation et dévalorisation des relations interpersonnelles, ainsi qu'un manque de contrôle dans au moins deux domaines à risques (dépenses, sexualité, psychotropes, boulimie, etc.). La CIM 10 décrit plutôt des capacités réduites d'anticiper les conséquences et de prévenir les crises émotionnelles.

---

<sup>61</sup> DSM IV : American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson. P.1008  
CIM-10 : CIM-10. (2007). *Classification statistique internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes*. Consultée le 11 mai 2010, URL : <http://www.icd10.ch/index.asp>

Pour faciliter votre compréhension, je vous propose de consulter le tableau comparatif<sup>62</sup>.

Nous pouvons cependant remarquer que la personne émotionnellement labile se distingue sur plusieurs plans<sup>63</sup>.

Le premier est le plan affectif. Il est représenté par des affects instables, labiles, ambivalents, ainsi que des sentiments contradictoires.

Le second plan est celui du comportement. Il comprend tout ce qui touche au passage à l'acte, à l'auto ou hétéro mutilation.

Le troisième est celui des relations. Il se caractérise par des attachements très investis, mais comportant beaucoup de conflits par la suite.

Et enfin, le quatrième et dernier plan, celui de la personnalité, prend en compte les troubles identitaires.

### **3.2.3. Étiologie**

L'étiologie du trouble n'est pas encore bien connue, en effet le manque d'effectifs restreint les études à ce sujet<sup>64</sup>.

Cependant, nous pouvons identifier plusieurs facteurs<sup>65</sup> ayant des effets sur la survenue du diagnostic de personnalité borderline.

Ces facteurs sont divisés en deux catégories :

La première catégorie, biologique, met en évidence que la personne, souffrant de troubles de la personnalité, aurait des prédispositions biologiques ou génétiques pouvant induire ce trouble. Par exemple, l'hypermotilité ou encore l'hyperactivité.

---

<sup>62</sup> Annexe C : Tableau comparatif des critères diagnostiques

<sup>63</sup> Poirier, 1997

<sup>64</sup> Fondation WYETH, réseau européen d'étude de la personnalité borderline à l'adolescence, Paris, 2004

<sup>65</sup> <http://www.aapel.org/bdp/BLresume.html#attrapecomment> site de la fondation Aapel

La seconde tient compte du milieu social de l'individu. Celle-ci aurait été handicapant durant l'enfance. On remarque alors des expériences traumatisantes, telles que :

- Des abus sexuels ou physiques
- Des traumatismes quelconques
- Une maladie grave.

Mais aussi un milieu social invalidant, par exemple un enfant livré à lui-même, un enfant qui ne peut exprimer correctement ses émotions.

### **3.2.4. Co-morbidités**

Environ 90% des personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline présente aussi un autre trouble de la personnalité ou une maladie mentale sérieuse.

Les autres troubles de la personnalité sont les suivants<sup>66</sup> :

- Paranoïaque : elle est caractérisée par un manque de confiance, de la méfiance.
- Schizoïde : elle est décrite comme une froideur émotionnelle.
- Schizotypique : elle caractérisée par des distorsions de la perception, mais aussi des conduites excentriques. La presonne vit dans un monde imaginaire.
- Antisociale : elle est décrite comme éprouvant du mépris envers autrui et une transgression des droits d'autrui.
- Histrionique : elle définie par une forte quête d'attention.
- Narcissique : elle caractérisée par un sentiment de supériorité et un manque d'empathie.
- Evitante : elle définie par une inhibition sociale, un sentiment de ne pas être à la hauteur.

---

<sup>66</sup> American Psychiatric Association (2002). DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson. P. 739 - 744

- Dépendante : elle est caractérisée par le fait de ne pas être autonome.
- Obsessionnelle compulsive : elle est décrite comme étant prisonnière de ses comportements, préoccupée par l'ordre et perfectionniste.

Les personnes ayant des troubles de la personnalité de type borderline pourraient aussi souffrir de troubles de l'humeur. Le plus souvent (dans 83% des cas<sup>67</sup>), il s'agirait d'épisodes dépressifs majeurs. On remarque aussi des troubles bipolaires<sup>68</sup>, ainsi que de la dysthymie<sup>69</sup>.

En plus de ces maladies reconnues dans les manuels diagnostics, les personnes ont tendance à présenter des troubles du comportement. Les plus fréquents sont les suivants : prise de substances toxiques, troubles alimentaires, anxiété prononcée, hyperactivité.

Toutes ces co-morbidités vont alors compliquer le tableau clinique de la personnalité borderline et bien entendu ajouter des traitements supplémentaires.

### **3.2.5. Traitements**

Nous connaissons actuellement deux types de traitements ayant pour buts de résoudre les difficultés interpersonnelles, d'atteindre et de maintenir des améliorations dans leur personnalité et dans leur fonctionnement général, ainsi que de diminuer les symptômes. Il s'agit de la psychothérapie et des traitements pharmacologiques.

---

<sup>67</sup> Chiffre tiré de : Fondation WYETH, *réseau européen d'étude de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, 2004

<sup>68</sup> Ils se manifestent par des variations de l'humeur, comme l'indique son nom bipolaire, on y retrouve deux pôles. Le pôle haut, celui de la manie, est représenté par un comportement anormalement euphorique, expansif ou irritable. Le pôle bas, celui de la dépression, est caractérisé par une humeur dépressive. Le trouble bipolaire est divisé en 2 types. Dans le premier, la personne a essentiellement des épisodes maniaques. Dans le second, il y a alternance d'épisodes dépressifs et maniaques.

<sup>69</sup> C'est une dépression chronique légère s'étendant sur une longue période.

### **3.2.5.1. Psychothérapie**

Le premier traitement est la psychothérapie, on peut en discerner deux types :

- La thérapie psychanalytique / psycho-dynamique
- La thérapie comportementale dialectique

Toutes deux comportent 3 caractéristiques principales :

- La première est d'effectuer des entretiens hebdomadaires avec un thérapeute individuel.
- La seconde consiste à participer à une ou plusieurs séances de groupe toutes les semaines.
- Et enfin la dernière concerne les thérapeutes ; ils doivent effectuer des rencontres à des fins de consultation et de supervision.

Il faut compter environ une année avant d'obtenir des résultats de ces thérapies, ainsi que des améliorations dans le comportement.

Les facteurs aidants lors de ces thérapies sont les suivants :

- La construction d'une alliance thérapeutique forte.
- La prise en charge des comportements autodestructeurs et suicidaires.
- L'établissement de limites.
- La validation de la souffrance du client, ainsi que de sa réalité vécue.
- La responsabilisation du patient vis-à-vis de ses actions.
- L'instauration des buts spécifiques et communs.
- Le remplacement du patient dans l'ici et maintenant.

Lors du traitement de la personnalité borderline, nous pouvons rajouter quelques facteurs spécifiques tels que :

- Une certaine flexibilité des psychothérapeutes.
- Une bonne gestion des sentiments, autant pour le patient, que pour le thérapeute.
- Une éviction des actions impulsives et la promotion de la réflexion.
- Une limitation dans les comportements autodestructeurs.

Je vais vous détailler, dans le paragraphe suivant, les différents types de psychothérapies<sup>70</sup> :

Je commence tout d'abord par la psychothérapie psycho-dynamique. Celle-ci a été nommée ainsi par Freud. C'est une technique d'investigation psychologique, qui met en relation les sentiments, les pensées, ainsi que les comportements. Elle permet de se rendre compte de son inconscient et de ses effets<sup>71</sup>.

Elle tente « d'apporter une aide psychologique externe et organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer et ses principaux traits pourront être décrits »<sup>72</sup>. Il y aura alors une prise de conscience et un changement dans la relation à soi et aux autres.

Les principaux buts de cette thérapie sont de rendre ce qui est inconscient conscient, d'augmenter la tolérance, de retarder les impulsions, d'améliorer l'estime de soi, et de valider les sentiments du patient.

La durée de cette psychothérapie est d'au minimum douze mois et peut être continuée à long terme.

---

<sup>70</sup> tirés de : Oldham J. M., Gabbard G. O., Goin M. K., Gunderson J., Soloff P., Spiegel D., Stone M., Phillips K.A. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline disorder*. Am J Psychiatry. P. 11-41

<sup>71</sup> <http://www.aapel.org/bdp/BLtherapyFR.html#psychotherapie>

<sup>72</sup> O.Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.-M. Thurin. (2003). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. ISERM

La thérapie psychodynamique pour les patients borderline a été décrite par Kernberg<sup>73</sup>. Ses buts principaux sont d'augmenter les capacités du patient à se vivre soi-même et les autres comme des êtres cohérents et intègres. Elle permet aussi de réduire les besoins et de recourir à des défenses qui affaiblissent le Moi. Pour ce faire elle réduit le répertoire des réponses disponibles.

Les résultats attendus de cette thérapie, pour le patient, sont : une augmentation de sa capacité à contrôler ses pulsions, à tolérer son angoisse, à moduler ses émotions et à sublimer ses besoins instinctifs. On peut aussi espérer développer des relations stables et satisfaisantes, et pouvoir vivre de l'intimité et de l'amour.

Je vais maintenant vous parler d'une autre thérapie inspirée de la psychodynamique, celle centrée sur les schémas<sup>74</sup>. Ce traitement est décrit comme étant structuré, systématique, actif et centré sur un changement cognitif, émotionnel, interpersonnel et comportemental. Il se base sur cinq besoins fondamentaux : le besoin de sécurité lié à l'attachement aux autres ; le besoin d'autonomie, de compétence et d'identité ; le besoin de limites et d'autocontrôle ; le besoin d'exprimer ses besoins et émotions librement ; et le besoin de spontanéité et de jeu. Le but du traitement est alors d'agir sur les différents besoins de la personne<sup>75</sup>.

La thérapie comportementale dialectique, développée par Linehan, est adaptée à la pathologie borderline<sup>76</sup>. Elle se base sur deux principes. Le premier est de considérer que les personnalités borderline ont une absence de maîtrise d'eux mêmes, ainsi qu'un manque de tolérance à la souffrance. Le second est que des facteurs, personnels ou environnementaux, peuvent entraver l'utilisation de comportements adéquats et donc renforcer les comportements dysfonctionnels.

---

<sup>73</sup> Otto F. Kernberg, Michael A. Selzer, Harold W. Koenigsberg, Arthur C Carr & Ann H. Appelbaum. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Psychiatrie ouverte. Paris. P. 13 - 23

<sup>74</sup> Young, 1990

<sup>75</sup> [http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/sept06\\_schema\\_young.pdf](http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/sept06_schema_young.pdf)

<sup>76</sup> <http://www.aapel.org/bdp/BLDBTresumeFR.html>

La personne, afin de répondre à cette thérapie devra prendre conscience de l'instant présent, ne pas recourir au jugement et l'accepter.

Cette thérapie va « aider la personne à accepter et à reconnaître ses capacités et son fonctionnement comportemental, ainsi que lui montrer des manières plus adaptées de régler des difficultés et acquérir les habiletés requises à cette fin. »<sup>77</sup> En clair, le thérapeute va mettre en évidence des comportements dysfonctionnels, explorer les croyances qui y sont reliées, pour, finalement, montrer au patient de nouveaux comportements plus adaptés.

Cette thérapie est divisée en plusieurs étapes<sup>78</sup> :

1. La stabilisation du patient. Le rôle du thérapeute est alors de diminuer les menaces vitales, les conduites suicidaires, les comportements qui interfèrent avec la thérapie ou la vie du patient.
2. Le remplacement des émotions traumatisantes.

La durée de ce traitement est environ d'une année. Elle comprend une heure par semaine de thérapie individuelle, ainsi que deux heures de groupe d'entraînement.

### **3.2.5.2. Traitements pharmacologiques**

Le deuxième traitement reconnu est la pharmacothérapie. Ce dernier va uniquement traiter des symptômes de la maladie. Ces manifestations sont les suivants : la dysrégulation affective, le dyscontrôle impulsif et comportemental et pour terminer les signes cognitifs et perceptuels.

Il faut savoir que toutes les personnes ne prendront pas le même type de médicaments. Il s'agit ici uniquement d'un listing des différents traitements.

---

<sup>77</sup> Tiré de : D. McDonagh, K. Taylor & K. Blanchette. *Adaptation de la thérapie comportementale dialectique au milieu correctionnel pour délinquantes sous responsabilité fédérale*. Psychologiques. Canada. 35-38

<sup>78</sup> <http://www.aapel.org/bdp/BLDBTresumeFR.html>

Je vais vous décrire ci-dessous les différents types, les effets escomptés de ces médicaments, ainsi que leurs effets secondaires les plus fréquents.

- Antidépresseurs SSRI<sup>79</sup> :
  - Ils sont utilisés pour traiter les symptômes de la dysrégulation affective et du dyscontrôle impulsif et comportemental tels que : l'humeur dépressive, la colère, l'agressivité et l'automutilation.
  - Ils agissent en inhibant la recapture de la sérotonine<sup>80</sup>.
  - Leur principal effet secondaire à haute dose est d'instaurer des tremblements périphériques.
- Antidépresseurs tricycliques et hétérocycliques<sup>81</sup> :
  - Ils sont utilisés pour traiter les humeurs déprimées, l'irritabilité et la labilité de l'humeur.
  - Ils bloquent les pompes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ce qui comme avec les antidépresseurs va améliorer l'humeur de la personne.
  - Leurs principaux effets secondaires sont la sédation, la constipation, la sécheresse buccale, ainsi que la prise de poids.
- Antidépresseurs IMAO<sup>82</sup> :
  - Ils sont utilisés pour traiter les symptômes affectifs, l'hostilité, ainsi que l'impulsivité.
  - La monoamine oxydase va métaboliser le sodium, ainsi que la sérotonine. Lorsqu'on inhibe cette monoamine, la sérotonine va rester au niveau de la fente synaptique et augmenter son taux. Elle améliorera donc l'humeur dépressive.
  - Leurs effets secondaires sont la prise de poids ainsi que l'hypotension orthostatique<sup>83</sup>.

---

<sup>79</sup> Autrement appelé inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

<sup>80</sup> Le taux de sérotonine est diminué lors d'une dépression, le fait d'inhiber sa recapture au niveau de la fente synaptique compense le manque et permet d'améliorer l'humeur [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_08/i\\_08\\_m/i\\_08\\_m\\_dep/i\\_08\\_m\\_dep\\_isrs.html#3](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_08/i_08_m/i_08_m_dep/i_08_m_dep_isrs.html#3)

<sup>81</sup> Leur nom dépend de leur structure chimique

<sup>82</sup> Inhibiteurs de la monoamine oxydase

- Carbonate de lithium et stabilisateurs de l'humeur anticonvulsivants :
  - Ils sont utilisés pour traiter les symptômes de dyscontrôle comportemental, ainsi que dans quelques cas la dysrégulation affective.
  - Ils auraient pour effet de modifier l'influx nerveux<sup>84</sup>
  - Les principaux effets secondaires sont la polyurie<sup>85</sup>, la polydipsie<sup>86</sup>, la prise de poids, les troubles cognitifs, les tremblements, ainsi que la sédation.
  
- Anxiolytiques :
  - Ils sont utilisés pour traiter les manifestations anxieuses.
  - Ils inhibent l'influx nerveux en utilisant les neurotransmetteurs GABA<sup>87</sup>.
  - Le principal effet secondaire des anxiolytiques est la désinhibition comportementale<sup>88</sup>.
  
- Antagonistes des opiacés :
  - Ils sont utilisés pour bloquer l'analgésie et l'euphorie et afin de réduire les comportements d'automutilation.
  - Les antagonistes des opiacés vont contrer l'effet d'atténuation de douleur et d'euphorie des opiacés<sup>89</sup>.
  - Les principaux effets secondaires sont les nausées et les diarrhées.

---

<sup>83</sup> « Diminution notable de la pression artérielle dans la position verticale » tiré de : Garnier Delamare. (2006). *dictionnaire illustré des termes de médecine 29<sup>ème</sup> édition*, Maloigne, Paris. P. 431

<sup>84</sup> <http://www.inchem.org/documents/pims/pharm/pim309f.htm#SectionTitle:1.1%20%20S>ubstance

<sup>85</sup> « Sécrétion d'urine en quantité abondante » tiré de : Garnier Delamare. (2006). *dictionnaire illustré des termes de médecine 29<sup>ème</sup> édition*, Maloigne, Paris. P.699

<sup>86</sup> « Soif excessive » tiré de : Ibid. P. 695

<sup>87</sup> GABA est l'abréviation pour l'acide  $\gamma$ -aminobutyrique

<sup>88</sup> [http://cve.chez-alice.fr/zone\\_patient/Info\\_medicales/traitement/les\\_anxiolytiques.html](http://cve.chez-alice.fr/zone_patient/Info_medicales/traitement/les_anxiolytiques.html)

<sup>89</sup> [http://www.drug-encyclopedia.eu/DW\\_FR/opiace.shtml](http://www.drug-encyclopedia.eu/DW_FR/opiace.shtml)

- Neuroleptiques :
  - Ils réduisent les symptômes schizotypiques, la psychose, la colère, ainsi que l'hostilité.
  - Ils bloquent les transmissions de dopamine ou de sérotonine. Ce qui a pour effet de diminuer l'intensité des impulsions nerveuses, des sentiments et des émotions<sup>90</sup>.
  - Les effets secondaires sont des symptômes extrapyramidaux<sup>91</sup>, l'akathisie<sup>92</sup>, la sédation, ainsi que l'hypotension.

---

<sup>90</sup> <http://www.aapel.org/bdp/BLdopamineFR.html>

<sup>91</sup> « Modification de la tonicité musculaire, de la régulation des mouvements involontaires et automatiques » tiré de : Garnier Delamare. (2006). *dictionnaire illustré des termes de médecine 29<sup>ème</sup> édition*, Maloine, Paris. 308-309

<sup>92</sup> « Impossibilité de s'asseoir ou de rester assis » tiré de : Ibid. P. 23

### **3.3. Les relations interpersonnelles en soins infirmiers**

La théorie de soins<sup>93</sup>, décrite par Hildegard E. Peplau<sup>94</sup>, considère les soins infirmiers comme : « une démarche dont la nature séquentielle, orientée vers un but précis, nécessite certaines étapes, actions et comportements entre la personne soignante et le soigné. Les soins infirmiers supposent une relation entre les malades ayant besoin d'un service de santé et d'une infirmière formée à reconnaître les personnes ayant besoin d'aide et à y répondre...<sup>95</sup> ».

Les soins infirmiers, pour Peplau, servent à restaurer la santé des individus et des collectivités, à ramener les malades à la santé. Pour ce faire, les infirmiers doivent utiliser tous les systèmes de soins disponibles. Leur rôle principal est un rôle éducatif et thérapeutique<sup>96</sup>.

Cette théorie de soins décrit la santé comme étant « le développement de la personnalité et des autres processus humains dans le sens d'une vie personnelle et sociale qui sont créatives, constructives et fructueuses <sup>97</sup> ».

Les deux conditions essentielles qui sont en interaction dans la santé sont<sup>98</sup> :

1. Les exigences physiologiques de l'organisme
2. Les conditions interpersonnelles individuelles et sociales.

---

<sup>93</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf, de Hélène Lazure, InterEditions, Paris

<sup>94</sup> Docteur en éducation et théoricienne en soins infirmiers

<sup>95</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf, de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P. 5-6

<sup>96</sup> Ibid. P. 5-8

<sup>97</sup> Ibid. P.12

<sup>98</sup> Ibid. P.14

### **3.3.1. Les rôles infirmiers**

Le premier rôle<sup>99</sup> est celui de l'étrangère. Il considère les soins infirmiers comme une relation d'aide. Pour ce faire, il faut respecter deux conditions :

1. Accepter le patient tel qu'il est
2. Traiter le patient comme un étranger émotionnellement sain, jusqu'à preuve du contraire.

Le second rôle est celui de la personne ressource. L'infirmière est la source d'informations, elle offre des réponses spécifiques.

Vient ensuite le rôle éducatif, qui est l'enseignement. Il doit tenir compte des connaissances du patient et du développement de ce dernier. La personne recevant l'enseignement doit être capable par la suite, d'utiliser ces informations.

Un autre rôle des soins infirmier est celui de leader. Il doit permettre au patient de participer activement à l'élaboration de son plan de soins.

Le rôle de substitut, s'applique lorsque le patient ne perçoit plus l'infirmière telle qu'elle est réellement. Elle, pour reprendre sa place, doit alors aider le client à prendre conscience des similitudes ainsi que des différences pour qu'il puisse la reconnaître en tant que personne.

Enfin le dernier rôle est celui de conseillère, d'assistante psychosociale. Là, l'infirmière doit encourager le processus de renouvellement de soi, ce qui va améliorer l'état du client, mais qui peut aussi faire ressortir d'autres problèmes.

---

<sup>99</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf, de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P.41-60

### **3.3.2. Les principes fondamentaux**

Peplau base sa théorie sur 12 principes fondamentaux<sup>100</sup>:

1. Les pulsions instinctives : faim, soif, sexualité, besoins acquis.
2. Les besoins humains impérieux, qui sont des pulsions instinctives.  
La diminution de ces pulsions amène un soulagement, une récompense, du plaisir...
3. Les comportements actifs ou passifs qui peuvent libérer l'énergie produite par les différentes tensions ressenties.
4. Lorsque l'énergie est contenue, il y a un soulagement, une récompense.
5. Une tension nécessite une modification de la personnalité.
6. Affronter une difficulté, la surmonter et éviter les problèmes provoquent satisfaction et sécurité.
7. L'individu ressent de la satisfaction quand il sait ce qu'il veut.
8. Il a un sentiment de sécurité quand il sait ce dont il ne veut pas.
9. Il doit être en sécurité avant de rechercher de la satisfaction.
10. Il y a un processus de réalisation pour atteindre un but. Lorsque le but n'est pas atteint, il y a frustration et agressivité.
11. L'individu doit identifier les interférences : nuances du problème et modification de ses buts.
12. Tout comportement humain est dirigé vers un but.

### **3.3.3. Travail psychologique**

#### **3.3.3.1. Apprendre à compter sur les autres**

Un individu malade a besoin des autres pour l'informer et lui donner des soins qui contribueront à la résolution de son problème médical<sup>101</sup>.

---

<sup>100</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf. de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P.72-82

<sup>101</sup> Ibid. P.155 - 170

### **3.3.3.2. Apprendre à différer la satisfaction**

Le rôle infirmier est d'aider le patient à différer l'obtention de ses satisfactions<sup>102</sup>. Pour ce faire, il doit modifier ses buts en fonction de la réalité de son problème médical. Cela implique un partage.

Pour que celui-ci ait lieu il faut :

- Assurer la sécurité de l'individu.
- Développer la faculté de partager.
- Pouvoir parler et atteindre ses plans.
- Avoir la faculté de reconnaître les besoins des autres et de pouvoir offrir ses compétences.

### **3.3.3.3. S'identifier**

Cela signifie avoir conscience de la représentation mentale de nous-même. Cette image se développe dans le milieu social où l'on a grandi et où l'on vit. Elle est en rapport avec les comportements, compétences qui ont été punies ou récompensées par les adultes.

Afin de pouvoir aider un patient, il est important de comprendre l'image qu'il a de lui-même et la situation qu'il traverse<sup>103</sup>.

### **3.3.3.4. Apprendre à participer**

Tous les membres d'une même unité doivent apprendre à discuter des problèmes qui les concernent. Cela leur permettra de mieux comprendre la difficulté, mais aussi de prendre des décisions adaptées à tous<sup>104</sup>.

---

<sup>102</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf. de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P.181-191

<sup>103</sup> Ibid. P. 201-227

<sup>104</sup> Ibid. P. 231-239

### **3.3.4. Méthode dans les soins infirmiers**

Celle-ci se compose de trois éléments<sup>105</sup> : l'observation, la communication et pour terminer la consignation des données.

L'observation est l'identification, la clarification et la vérification des impressions entre l'infirmière et le patient.

Une bonne observation dépend de cinq critères :

1. La reconnaissance que l'expérience possède son sens propre.
2. L'utilisation de toutes les connaissances de l'observateur.
3. La visualisation du but.
4. L'existence d'une hypothèse sur le processus ou l'événement à étudier.
5. La notification de ce qui est observé, les exigences posées par le but sont satisfaites, une relation existe entre les différents éléments.

Vient ensuite la communication. Elle prend en compte le langage parlé, l'expression rationnelle ou irrationnelle, les besoins et désirs, ainsi que le langage corporel.

Pour terminer, Peplau<sup>106</sup> décrit la consignation des données comme étant le fait de porter une attention particulière à la manière dont un patient énonce une difficulté. Dans ce cas là, la transcription de ce que dit le client est très importante et doit être exacte.

---

<sup>105</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf. de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P. 253-300

<sup>106</sup> Ibid. P. 297-300

## 4. Méthodologie

Afin de pouvoir répondre à ma question de recherche, j'ai parcouru la littérature déjà présente. Le but de ce travail est d'examiner, d'évaluer et de faire un compte rendu des différentes études sélectionnées pour y trouver des réponses informatives et empiriques. Il est donc important de se baser sur les meilleures preuves possibles.

Pour obtenir un travail digne de confiance, j'ai utilisé les critères de qualité de Côté, L & Turgeon, J. (2002)<sup>107</sup>. Ces critères sont les suivants :

1. La problématique est-elle bien décrite en lien avec l'état actuel des connaissances ?
2. La question de recherche est-elle clairement énoncée et pertinente pour une recherche qualitative ?
3. Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont-ils clairement décrits ?
4. La méthode est-elle appropriée à la question de recherche ?
5. La sélection des participants est-elle justifiée ?
6. Le processus de recueil des informations est-il clair et pertinent ?
7. L'analyse des données est-elle crédible ?
8. Les principaux résultats sont-ils présentés de façon claire ?
9. Les citations favorisent-elles la compréhension des résultats ?
10. Les limites de l'étude sont-elles présentées ?
11. La conclusion présente-elle une synthèse de l'étude et des pistes de recherches sont-elles proposées ?

---

<sup>107</sup> Tirées de la grille d'évaluation des études qualitatives provenant de : Côté, L & Turgeon, J. (2002). *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*. Revue internationale francophone d'éducation médicale, 3(2), 81-90.  
Annexe D : Grille d'évaluation des études qualitatives.

Afin d'appliquer au mieux ces divers critères, une réflexion sur les écrits a été effectuée. Il y a tout d'abord eu recherche systématique de la littérature dans cinq banques de données spécifiques au milieu médical, psychiatrique ou infirmier. Par la suite une lecture multiple des différents articles et des résumés ont encore augmenté la crédibilité de ma recherche. J'ai pris uniquement des articles étant parus dans des journaux reconnus du milieu médical, infirmier ou psychiatrique.

Les recherches ont été classées dans différents tableaux mis en annexes, suivant des items bien précis<sup>108</sup>. Cela m'a permis d'avoir une vue d'ensemble de ces articles.

Pour ce travail, j'ai essayé d'éviter le plagiat, pour ce faire, les sources des divers articles et livres utilisés ont été citées. J'ai utilisé, uniquement la littérature des revues scientifiques. Nulle commission d'éthique n'est intervenue dans ce travail, car aucune recherche sur le terrain n'a été effectuée. Cependant, toutes les études empiriques choisies devaient contenir une brève description concernant l'éthique de la recherche.

#### **4.1. Recherche des données**

Mes recherches dans la littérature se sont déroulées de septembre 2009 à avril 2010, dans différentes banques de données spécifiques : PsycINFO<sup>109</sup>, Pubmed<sup>110</sup>, Cinahl<sup>111</sup>, Cochrane<sup>112</sup> et BDSP<sup>113</sup>.

---

<sup>108</sup> Détaillé dans le point 4.3

<sup>109</sup> PsycINFO. (2010). American Psychological Association. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

<sup>110</sup> Pubmed. U.S. National Library of Medicine / National Institutes of Health. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>111</sup> Cinhal. (2010). Cumulative Index to Nursing & allied Health Litterature. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://search.ebscohost.com/>

<sup>112</sup> Cochrane. (2010). The Cochrane Library. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://search.ebscohost.com/>

<sup>113</sup> BDSP. (2010). Banque de donnée en santé publique. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Les recherches dans ces différentes banques de données ont été effectuées sans limites, avec plusieurs critères tels que : borderline, états limites, troubles de la personnalité, « BPD », « therapeutic alliance », « working alliance », alliance de travail ou alliance thérapeutique.

Pour arriver à un maximum de réponses optimales, j'ai utilisé la stratégie de recherche suivante :

1. Borderline
  2. Etats limites
  3. Troubles personnalité
  4. BPD
- 
- a. Therapeutic alliance
  - b. Working alliance
  - c. Alliance de travail
  - d. Alliance thérapeutique

J'ai donc entré les critères suivants :

1. a ou b et 1
2. a ou b et 4
3. c ou d et 1
4. c ou d et 2
5. c ou d et 3

En plus de mes investigations dans les différentes banques de données, j'ai aussi effectué une recherche en « boule de neige », en consultant les références des divers articles choisis.

## 4.2. *Choix des données*

Afin de pouvoir répondre à ma question spécifique de recherche, j'ai effectué un balayage de la littérature et ce, selon plusieurs critères.

Le premier était celui de la langue, les études publiées devaient être en français, anglais ou allemand.

Le second portait sur les titres et résumés, ils devaient tous contenir des textes sur l'alliance thérapeutique, mais aussi sur la personnalité de type borderline.

J'ai choisi majoritairement des études publiées durant les 5 dernières années, c'est-à-dire entre 2005 et 2010. Sauf si des études parues ultérieurement pouvaient être capitales dans ma recherche.

J'ai alors pu trouver 202 articles, dont 46 se répétaient au sein d'une même base de donnée. Sur les 156 articles restants, uniquement 10 répondaient aux différents critères cités ci-dessus.

Sur ces 10 articles restants, j'ai pu en retrouver 3 sur d'autres bases de données.

A la fin de mes recherches, il ne me restait alors que 7 articles appropriés pouvant être utilisés dans ce travail.<sup>114</sup> La pertinence de ces articles a été évaluée par deux différents types de classification. Le premier est la gradation des faits ou le niveau de preuve. Il permet de classer les études selon leur mode de recension. Le second est la gradation des recommandations, il permet de voir si la recherche a été effectuée selon des preuves scientifique ou si celles-ci sont minimales.<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> Annexe E : Stratégie de recherche

Annexe F : Critères d'exclusion

Annexe G : Littérature choisie

<sup>115</sup> Ces classifications ont été tirées du document de cours : Chris Schoepf, *méthodologie Bachelor 07 : revue de la littérature & recherche en soins infirmiers*, Hes-so Valais / Wallis filière soins infirmiers, Sion

### **4.3. Analyse des données**

Les différentes études choisies ont été lues et relues plusieurs fois. Je les ai ensuite classées dans un tableau<sup>116</sup>, en suivant différentes catégories : Auteurs / année, type de devis ou d'étude, échantillon (nombre et clientèle), but / question / hypothèses / concepts, cadre de référence, méthode de collecte, méthode d'analyse, résultats / conclusions, résumé.

---

<sup>116</sup> Tableau de recension des écrits scientifiques, Université Laval, Faculté des sciences infirmières.

Annexe E : Stratégie de recherche

## 5. Analyse

Dans ce chapitre essentiel de mon travail de bachelor, je vais procéder à une analyse des données recueillies précédemment. Celles-ci vont être mises en relation avec mon cadre théorique, afin de pouvoir répondre à mes questions de recherche qui sont les suivantes :

**Quels sont les moyens à disposition des soignants pour garantir une alliance thérapeutique aux personnalités borderline lors d'une relation duelle ?**

**Quelles sont les ressources pour évacuer les tensions liées à la prise en charge de ces personnes ?**

Cela me permettra également d'atteindre mes deux objectifs fixés en début de recherche :

1. Découvrir le maximum d'éléments spécifiques à la relation thérapeutique, et ce dans le milieu psychiatrique et plus particulièrement dans le travail avec la personnalité borderline.
2. Découvrir les moyens dont disposent les professionnels de la santé, afin de garantir une alliance thérapeutique aux personnalités borderline lors d'une relation duelle.

Pour ce faire, je vais réaliser dans la suite de ce travail une analyse thématique.

J'ai préalablement réuni les différents thèmes principaux et les divers concepts présents dans les études trouvées, dans le tableau ci-dessous. Cela va faciliter mon analyse des données présentes dans les recherches choisies.

<b>Etude</b>	<b>Thème / Concept</b>	<b>Auteurs</b>
Etude 1	Psychothérapie interpersonnelle	
Etude 2	Supervision clinique	
Etude 3	Relations interpersonnelles	Peplau
	Alliance thérapeutique	Cungy
Etude 4	Thérapie centrée sur les émotions	Rachman
Etude 5	Alliance thérapeutique	Bordin
Etude 6	Thérapie cognitive et analytique	
Etude 7	Réalité objective et subjective	Marc-André Bouchard

Dans ce tableau j'ai identifié 7 thèmes : l'alliance thérapeutique, la psychothérapie interpersonnelle, la supervision clinique, les relations interpersonnelles, la thérapie centrée sur les émotions, la thérapie cognitive et analytique, ainsi que le principe de réalité objective et subjective.

L'alliance étant à la base de toute thérapie, il n'est pas surprenant de voir que celles-ci ressortent dans ce tableau.

Tout au long de cette analyse, je vais tenter de rechercher les similitudes de ces diverses thérapies ou modèles de soins. Cela va me permettre de donner un sens à mon travail et de trouver les caractéristiques qui vont avoir une influence sur l'alliance thérapeutique.

## 5.1. L'alliance thérapeutique

Le premier concept ressorti dans les études choisies est celui de l'alliance thérapeutique. Je le retrouve dans deux recherches différentes.

Dans « The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult Acute Psychiatric Setting<sup>117</sup> », l'auteur décrit l'alliance selon les critères de Bordin. Elle serait la collaboration positive du client et du thérapeute contre un même adversaire. Cette union est le centre de la relation thérapeutique, l'élément essentiel pour démarrer et continuer une psychothérapie.

Les composantes de l'alliance thérapeutique, comme décrit précédemment<sup>118</sup>, sont basées sur 3 critères :

- Les tâches : comportements, conseils, actions.
- Les buts : but communs, identifiés, ciblés qui sont suivi par la formulation d'objectifs.
- Les engagements : lien d'attachement entre le client et le thérapeute, la confiance, l'acceptation et la confiance.

Je remarque ici quelques points importants et moyens permettant de construire et d'entretenir une alliance thérapeutique.

### Conseiller

Je retrouve ce rôle infirmier dans la théorie de Bordin<sup>119</sup> qui décrit les tâches comme étant des recommandations données aux clients.

Le rôle de conseiller fait partie de la diversité des qualifications que doit acquérir l'infirmière<sup>120</sup>.

---

<sup>117</sup> A. Forsyth (2007). The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult Acute Psychiatric Setting. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P. 33 – 40

<sup>118</sup> Dans le point 3.1.2.2 L'alliance thérapeutique

<sup>119</sup> Dans le point 3.1.2.2 L'alliance thérapeutique

<sup>120</sup> Dans le point 3.3.1 Les rôles infirmiers

De part son instabilité émotionnelle et l'instabilité de l'image de soi, le patient souffrant de troubles de la personnalité borderline aura sûrement besoin d'être conseillé et rassuré constamment. Sur la base de cette analyse, prodiguer des conseils peut être utile dans le traitement de ces clients. Cependant, cela ne risque-t-il pas de les influencer dans leur processus de prise de décision ?

### **Buts et objectifs ciblés et communs**

Je retrouve ces différents points dans la théorie de Bordin<sup>121</sup> lorsqu'il parle des buts.

Je pense que cela aiderait le patient à sentir un soutien dans son traitement et dans son projet de soins. En tout cas, cela fait partie des facteurs aidants lors des psychothérapies<sup>122</sup>.

### **Confiance**

Je ne retrouve la confiance dans aucune théorie de soins développée dans mon cadre. Afin de pouvoir éclairer et d'avoir une définition de ce concept, je cherche dans la littérature une étude décrivant la confiance.

Un article récent<sup>123</sup> l'a défini comment étant le fait de « vivre moment après moment le voyage humain en anticipant les rêves et les projets<sup>124</sup> ».

Cette définition ne me satisfait pas totalement, en continuant la lecture de cet écrit je découvre qu'il n'y a pas une définition universelle et unique. Manning (2000), quant à lui, décrit la confiance comme étant « le mariage entre la foi et l'espoir<sup>125</sup> ».

---

<sup>121</sup> Dans le point 3.1.2.2 L'alliance thérapeutique

<sup>122</sup> Dans le point 3.2.5.1 Psychothérapie

<sup>123</sup> Thomas J. Doucet. (2009). *Trusting Another : A Parse Research Method Study*. Nursing Science Quarterly. V.22 N°3. P.259-266

<sup>124</sup> Ibid. P. 259

<sup>125</sup> Ibid. P. 259

Je remarque une définition en lien avec les soins en santé<sup>126</sup>. Celle-ci dit que la confiance « émerge de l'indentification d'un besoin qui ne peut être satisfait sans l'aide de quelqu'un et sans une certaine assistance...la confiance est une dépendance dans les actions de quelqu'un d'autre, limitée aux besoins...Le gain de la confiance est évalué par les attentes vis-à-vis de l'autre personne et les actions ».

Par cette définition, je comprends donc que la confiance est le lien qui unit deux personnes. L'une d'elle a des besoins particuliers qu'elle ne peut assouvir seule et donc a besoin d'un tiers.

Le rôle de l'infirmière est donc d'aider ce client à atteindre ses buts et objectifs.

Il me semble que Peplau<sup>127</sup> définit le rôle de l'infirmière de la même manière. La confiance fait partie des soins infirmiers. Le rôle des soignants est donc d'aider et non de faire à la place, d'accompagner le patient dans son processus de guérison.

### **S'accepter mutuellement**

Dans la définition de l'alliance thérapeutique<sup>128</sup>, je remarque que pour entrer en relation il faut au minimum l'implication deux personnes. Cela suppose donc forcément l'acceptation de l'autre tel qu'il est, de manière empathique, authentique et chaleureuse<sup>129</sup>.

Malheureusement, cette recherche ne me donne pas plus d'informations sur la faisabilité et la validité de cette technique dans la pratique. Par contre, ces résultats me confortent dans l'idée que l'alliance thérapeutique seule n'a pas grande efficacité et que le traitement des personnalités de type borderline requiert plus de compétences que pour d'autres patients. Je peux donc affirmer que certains professionnels ont plus d'outils par rapport à d'autres pour faire face à ce type de relation.

---

<sup>126</sup> Hupcey and colleagues, 2001, p.290

<sup>127</sup> Dans le point 3.3.3 Travail psychologique

<sup>128</sup> Dans le point 3.1.1 Définition

<sup>129</sup> Tiré de Charly Cungi dans le point 3.1.3 Alliance thérapeutique selon Charly Cungi

La seconde étude parlant de l'alliance thérapeutique est intitulée « The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders »<sup>130</sup>. Celle-ci prend en compte la vision de Freud sur l'alliance thérapeutique. Ce dernier l'a décrite au départ comme étant une relation de sympathie et d'intérêt entre le patient et le thérapeute. Cette étude reprend les mêmes composantes de l'alliance précitées. Cependant elle ajoute trois points qui me semblent importants dans la relation. La première est un engagement solide du thérapeute et du patient dans le traitement. La seconde est la facilitation du patient à exprimer ses agressions et sa rage sans peur des représailles. Enfin le dernier point pouvant être bénéfique dans la relation est une communication empathique.

Cela me permet de ressortir plusieurs éléments supplémentaires quant aux moyens à disposition des professionnels<sup>131</sup>.

### **Empathie**

Comme défini précédemment<sup>132</sup>, l'empathie est « la capacité de ressentir et de partager les émotions d'autrui. Elle est nécessaire à l'établissement de l'alliance thérapeutique et permet d'établir un contact avec le patient ».

### **Engagement solide**

L'engagement doit être un lien d'attachement tissé entre le patient et l'infirmier<sup>133</sup>. Ce dernier comprend la confiance, l'acceptation et la confiance. Comme constaté auparavant, cela va créer une alliance thérapeutique solide nécessaire au bon déroulement de la thérapie<sup>134</sup>.

---

<sup>130</sup> Donna S. Bender (2005). *The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders*. Journal of Psychiatric Practice, V.11, P. 73 – 87

<sup>131</sup> Ibid. P. 78

<sup>132</sup> Rogers et Charly Cungi dans le point 3.1 Alliance thérapeutique

<sup>133</sup> Bordin dans le point 3.1.2.2 L'alliance thérapeutique

<sup>134</sup> Dans le point 3.2.5.1 Psychothérapie

## Facilitation de l'expression du vécu et des émotions

Charly Cungi<sup>135</sup> parle de recontextualisation, de ce fait le thérapeute aura une meilleure idée de ce que le patient vit et ressent. Cela peut donc faciliter l'expression du vécu et des émotions. Une émotion est « un pattern complexe de changements mentaux et corporels incluant un éveil physiologique, des sentiments, des processus cognitifs, des expressions visibles, des réactions comportementales spécifiques générées en réponse à des situations perçues comme individuellement signifiante<sup>136</sup> ».

La facilitation de l'expression du vécu et des émotions m'amène à me poser une certaine question :

Le fait de révéler ses émotions et son vécu, ne va-t-il pas fragiliser la personne en face de nous qui a déjà des émotions instables<sup>137</sup> et la personne ne risque-t-elle pas de se renfermer ?

## 5.2. La psychothérapie interpersonnelle

Le concept ressorti de la première étude « Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder<sup>138</sup> » est la psychothérapie interpersonnelle.

Cette psychothérapie est apparue dans le courant de l'année 1970. Au départ elle était surtout utilisée pour les personnes atteintes de dépression majeure.

---

<sup>135</sup> Dans le point 3.1.3.2 Dimension professionnelle

<sup>136</sup> Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2008). *Psychologie*, 18<sup>ème</sup> édition. Paris. Paerson Education.

<sup>137</sup> Caractéristiques du DSM-IV et du CIM-10

<sup>138</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 103 – 116

Celle-ci repose sur quelques principes simples<sup>139 140</sup> :

- Elle est centrée sur les relations actuelles et non passées
- Elle est axée sur le contexte social du patient
- Les patients doivent se centrer dans l'ici et maintenant
- Elle prend en considération ce qui se passe à l'extérieur du cabinet de thérapie
- Le thérapeute est un allié, un soutien, un entraîneur
- Le thérapeute fait preuve d'optimisme et de réalisme
- Le thérapeute donne au patient le rôle de malade.

Les auteurs de cette recherche pensaient pouvoir adapter ce type de psychothérapie aux personnalités borderline. En effet, ces dernières sont la plupart du temps sujettes à des co-morbidités de type : troubles de l'humeur, anxiété, utilisation de substances<sup>141</sup>.

Ils ont cependant apporté quelques changements à la thérapie de base.

### **Conceptualisation du trouble**

Le trouble de la personnalité borderline ressemble aux troubles de l'humeur. En effet, ces personnes se sentent aussi dépressives, coupables et ont des émotions négatives. De plus, les personnes émotionnellement labiles sont explosives, colériques, impulsives et ont des difficultés à tolérer leur tristesse.

---

<sup>139</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 104-105

<sup>140</sup> Dr Jean-Michel Thurin. Psychiatre –psychanalyste Expert chargé des psychothérapies psychodynamiques pour le rapport

<sup>141</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 108-113

Dans la thérapie interpersonnelle, le clinicien va **valider** la colère de ses patients et les encourager à l'inhiber. En faisant référence à mon cadre théorique, je remarque que le principe de la validation est présent dans les techniques d'entretien de Cungi<sup>142</sup> dans le cadre du renforcement. Pour lui, renforcer c'est valider ce que le patient ressent. Ce processus permet de préserver la confiance et favoriser les confidences. On en revient donc au principe de confiance et d'empathie.

Cette psychothérapie fournit aussi une **psychoéducation** du trouble. Comme vu précédemment, l'éducation et le conseil font partie du rôle infirmier. L'infirmière est source d'information, elle a les capacités de fournir au patient des réponses spécifiques et d'effectuer des enseignements<sup>143</sup>.

### **Chronicité**

Le but de tout traitement est de développer les liens interpersonnels d'une meilleure manière et de façon plus adaptée. Les états-limites ont des relations interpersonnelles instables et intenses<sup>144</sup>, il est donc nécessaire de travailler sur ces liens.

### **Alliance thérapeutique**

Les auteurs de cette étude<sup>145</sup> prennent en compte les difficultés à former et maintenir une alliance thérapeutique. Pour ce faire, ils donnent certains conseils :

- Le praticien doit être encourageant et optimiste. Chez les patients borderline, cela va être un facteur aidant pour la formation de l'alliance.
- Le thérapeute se centre sur la vie de tous les jours du patient en dehors de la thérapie. Ceci est aussi un facteur aidant pour l'alliance, car il minimise les ruptures de l'alliance.

---

<sup>142</sup> Dans le point 3.1.3.2 Techniques d'entretien

<sup>143</sup> Peplau, dans le point 3.3.1 Les rôles infirmiers

<sup>144</sup> Caractéristiques du DSM IV et du CIM, dans le point 3.2.2 Caractéristiques

<sup>145</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 103 – 116

- Le soignant doit replacer le patient dans « l'ici et maintenant » lorsque de conflit intervient. Il doit aussi essayer de comprendre le ressenti du client et favoriser la communication.
- Le thérapeute explore ce que le patient ressent dans la relation ou envers certaines personnes. Il validera ensuite les sentiments et essaiera de les inverser. Dans le cas d'un clivage cela va aider le patient à faire le point sur ses émotions. Ce dernier comprendra alors qu'il est normal d'avoir des émotions complexes et différentes, mais celles-ci doivent rester raisonnables et tolérables.

### **Durée du traitement**

La durée d'une psychothérapie interpersonnelle est de 16 semaines. Dans le cadre du traitement des états limites, celui-ci est prolongé. En phase aiguë, le patient a droit à 18 séances de 50 minutes, ce qui servira surtout à établir une alliance thérapeutique, limiter les comportements autodestructeurs et expliquer en quoi consiste la thérapie.

Si cette dernière se passe bien, le client aura droit à 16 semaines supplémentaires. Ces semaines additionnelles serviront à développer des comportements interpersonnels plus adaptés, mais aussi à maintenir une forte alliance de travail.

Le patient a la possibilité d'appeler son thérapeute une fois par semaine, ce qui est utile dans la gestion des crises et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique.

### **Risques suicidaires**

Les risques suicidaires doivent être au centre du traitement. Cette thématique a été ajoutée aux thérapies interpersonnelles, car elles font parties des caractéristiques de la personnalité borderline<sup>146</sup>. Et comme vu ci-dessus, les crises seront gérées en partie par contact téléphonique.

---

<sup>146</sup> Les différentes caractéristiques de la personnalité de type borderline se trouvent sous le point 3.2.2 Caractéristiques

### **Fin du traitement**

Cette phase est énigmatique, car la personnalité de type borderline a peur des abandons et de la séparation<sup>147</sup>. Dans le cas d'un traitement avec des personnes dépressives, il n'y a pas de problèmes particuliers.

L'étude propose alors d'annoncer la fin du traitement le plus tôt possible dans la prise en charge, mais aussi de répéter la date à laquelle s'achèvera la thérapie durant les différentes séances. Le clinicien devra aussi offrir au patient l'opportunité d'exprimer ses sentiments face à cet événement et de les intégrer.

Le fait d'aider le patient à exprimer, identifier et moduler ses émotions se retrouve aussi dans la thérapie psycho dynamique des personnalités borderline<sup>148</sup>.

### **Sélection des patients**

Etant donné que cette thérapie a été construite pour des patients souffrant de troubles de l'humeur, il est évident qu'elle ne convient pas à tous les types de personnalités borderline.

Dans les critères d'inclusions on classe les patients ayant :

- Des problèmes dans les relations interpersonnelles.
- Des symptômes dépressifs.
- D'autres troubles de la personnalité.
- Des tentatives de suicide.
- Des troubles alimentaires.

Les critères d'exclusion désignent les personnes ayant des traits :

- Schizoïdes.
- Schizotypiques.

---

<sup>147</sup> Développé dans le point 3.2.2 Caractéristiques

<sup>148</sup> Selon Kernberg dans le point 3.2.5.1 Psychothérapie

Les résultats de cette étude démontrent que la psychothérapie interpersonnelle semble adaptée aux états-limites ayant des difficultés affectives et interpersonnelles, car celle-ci va permettre à ces patients de mieux comprendre leurs émotions et sentiments<sup>149</sup>.

### 5.3. La supervision clinique

La supervision clinique est le thème sorti de la recherche « Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder »<sup>150</sup>.

Le but de la supervision clinique est « d'éviter que les infirmières deviennent moins empathiques, absentes ou distantes avec leurs patients<sup>151</sup> ».

En effet, il se peut que les infirmières se sentent attaquées, frustrées, stressées et se mettent en colère lorsqu'elles travaillent avec ce type de personnes<sup>152</sup>. Ces comportements négatifs seront néfastes pour l'alliance thérapeutique.

Cette supervision est décrite dans cette étude comme une relation intensive, centrée sur la relation interpersonnelle.

Le superviseur doit avoir une éducation, ainsi qu'une pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie et de la communication. Ces capacités apporteront aux infirmières des connaissances supplémentaires, mais aussi un support émotionnel. Il aura la tâche d'apprendre, de développer, de réfléchir, d'apporter un soutien et de guider les professionnels de la santé selon les problèmes rencontrés dans la pratique<sup>153</sup>.

---

<sup>149</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 114

<sup>150</sup> Ann R. Bland, Eileen K. Rossen (2005). *Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder*. Issues in Mental Health Nursing, V.26, P. 507 – 517

<sup>151</sup> Ibid. P. 509

<sup>152</sup> Vu précédemment dans ma problématique, point 2.1 Définition du problème

<sup>153</sup> Ann R. Bland, Eileen K. Rossen (2005). *Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder*. Issues in Mental Health Nursing, V.26, P. 510-514

Cette supervision permettra au personnel soignant d'être plus à l'écoute de leurs sentiments, de leurs comportements et de leurs réactions. Les infirmières pourront donner un sens aux actes des personnalités émotionnellement labiles, se confier et réduire les réponses défensives<sup>154</sup>.

#### 5.4. Les relations interpersonnelles

Ma troisième étude<sup>155</sup> porte sur deux concepts, le premier, celui de l'alliance thérapeutique qui a été développé ci-dessus<sup>156</sup>. Je vais maintenant passer au second thème de cette étude que sont les relations interpersonnelles<sup>157</sup>.

Cette théorie part du principe que « la santé est le développement de la personnalité et des autres processus humains dans le sens d'une vie personnelle et sociale qui sont créatives, constructives et fructueuses<sup>158</sup> ». Je pense que cela reflète le traitement des personnalités borderline, car celles-ci ont justement perdu une partie de leurs relations interpersonnelles et sociales et ont besoin, dans leur thérapie, d'y recouvrir.

L'auteur identifie quatre phases à la relation<sup>159</sup> :

- **L'orientation** : elle débute lorsque le client et l'infirmière se rencontrent pour la première fois.
- **L'identification** : elle prend le relais lorsque le client commence à identifier et explorer ses problèmes avec l'infirmière.
- **L'exploration**
- **La résolution de problèmes**<sup>160</sup>.

---

<sup>154</sup> Ibid. P. 514-515

<sup>155</sup> A. Forsyth (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric setting. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P. 33 – 40

<sup>156</sup> Dans le point 5.1 L'alliance thérapeutique

<sup>157</sup> Peplau dans le point 3.3 Les relations interpersonnelles en soins infirmiers

<sup>158</sup> A. Forsyth (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric setting. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P.33-34

<sup>159</sup> Ibid. P. 34

<sup>160</sup> Peplau 1991

Ces différentes phases permettent de suivre le rythme du patient, elles sont les éléments phares de la relation duelle, en tenant compte bien sûr de l'alliance thérapeutique. Tous ces éléments favorisent la compliance du patient au traitement et comme cité précédemment, ce qui est l'une des plus grande difficulté dans les thérapies des personnalités borderline<sup>161</sup>.

### **5.5. La thérapie centrée sur les émotions**

La thérapie centrée sur les émotions était dans un premier temps utilisée dans les thérapies de couples<sup>162</sup>. Elle avait pour but « d'aider la personne à développer son intelligence émotionnelle pour qu'elle puisse faire face à ses problèmes et vivre en harmonie avec elle-même et son entourage<sup>163</sup> ».

Cette thérapie se base sur sept différents principes<sup>164</sup> :

#### **Examiner le processus émotionnel du patient**

On se centre uniquement sur les émotions dysfonctionnelles du patient.

Le thérapeute va explorer de manière empathique<sup>165</sup> les problèmes du patient. Il va tenter de comprendre le fonctionnement relationnel du patient, ses attachements et son identité.

Ensuite, le thérapeute et le patient vont différencier les relations adaptatives des relations mal adaptatives, ainsi que les émotions primaires<sup>166</sup> des émotions secondaires.

---

<sup>161</sup> Catherine Poursac, *Phénomène borderline : à propos de l'augmentation de la population adolescente « borderline » dans les institutions spécialisées en Valais Romand, réalité ou imagination*, Mars 1999

<sup>162</sup> Dans les années 1980 par les Drs. Sue Johnson et Les Greenberg

<sup>163</sup> [www.drdandeneau.ca/index.php?id=7](http://www.drdandeneau.ca/index.php?id=7)

<sup>164</sup> Serine H. Warwar, Paul S. Links, Leslie Greenberg, Yvonne Bergmans (2008). *Emotion-Focused Principles for working with Borderline Personality Disorder*. Journal of Psychiatric Practice, V.14, P. 97

<sup>165</sup> Ressortie et développée dans le point 5.1 L'alliance thérapeutique

<sup>166</sup> Les émotions primaires (première émotion que l'on ressent) sont souvent les relations mal adaptatives chez les états limites.

### **Etablir une forte alliance thérapeutique**

Cette étape pose souvent problème dans le traitement des états limites, comme exposé dans la problématique.

### **Relation thérapeutique et régulation des affects**

La validation et l'empathie vont favoriser la régulation des émotions. Ces deux comportements du thérapeute envers le patient ont déjà été traités dans mon analyse. Vous pouvez retrouver le principe de validation dans la psychothérapie interpersonnelle<sup>167</sup>, et l'empathie dans la partie traitant de l'alliance thérapeutique<sup>168</sup>. Il ne me semble donc pas utile de redévelopper ces principes.

### **Régulation des émotions**

Dans cette étape, le thérapeute a deux grands rôles. Il doit tout d'abord apprendre au patient à articuler ses expériences émotionnelles. Ensuite, il encourage le patient à décrire son expérience et ses sensations, pour que le patient puisse, par la suite, accepter ses émotions, les recevoir, même si celles-ci sont douloureuses.

### **Psychoéducation**

Le thérapeute éduque le patient en regard avec ses émotions.

Ce rôle éducatif des soignants est présent dans la théorie de Peplau<sup>169</sup> qui considère l'infirmière comme source d'information et enseignante de son savoir<sup>170</sup>.

---

<sup>167</sup> Dans le point 5.2 La psychothérapie interpersonnelle

<sup>168</sup> Dans le point 5.1 L'alliance thérapeutique

<sup>169</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf. de Hélène Lazure, InterEditions, Paris

<sup>170</sup> Le rôle psychoéducatif de l'infirmière a déjà été traité dans le point 5.2

## **Coaching des émotions**

Le rôle du thérapeute est de coacher le patient dans son processus émotionnel. Le but de ce rôle infirmier est que le client soit capable d'accéder à ses émotions, mais aussi qu'il puisse développer la capacité de contrôler ses dernières. Cela est surtout utile lorsqu'elles ne sont pas adaptées à la situation ou qu'elles ne puissent pas être régulées.

Dans la théorie de Peplau<sup>171</sup> je ne retrouve pas le rôle infirmier de coach, mais le rôle de conseiller me semble similaire. Il s'agit en fait d'encourager le patient dans son processus de renouvellement de soi, afin d'arranger le problème. C'est exactement ce qui est relevé dans ce point, le thérapeute permet d'accéder à ses émotions dans le but de les renouveler, de les modifier et d'améliorer sa situation.

Cette modulation des émotions est, en effet, l'un des principaux objectifs de la thérapie psychodynamique de Kernberg<sup>172</sup> pour les personnalités émotionnellement labiles. Ses gains seront : d'augmenter la capacité du patient à contrôler ses pulsions, de tolérer son angoisse, de développer des relations stables et satisfaisantes.

## **Transformer ses émotions**

Le but de cette étape est de modifier ses émotions avec d'autres plus adaptées. Ainsi, les émotions positives seront surlignées et mises en valeur, tandis que les émotions négatives seront changées.

Ce type de traitement semble adapté à la personnalité borderline, car celle-ci souffre de problème de régulation émotionnelle, d'instabilité affective, ainsi que de sensibilité émotionnelle. On explique ceci par une mauvaise interprétation de leurs émotions. De plus je peux retrouver ce même processus, à quelques points près, dans le concept des relations interpersonnelles présenté ci-dessus.

---

<sup>171</sup> Peplau Hildegard E (1995), Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf. de Hélène Lazure, InterEditions, Paris. P. 60

<sup>172</sup> Développée dans le point 3.2.5.1 Psychothérapie

Malheureusement, on ne parle pas du tout de gestion du risque suicidaire ou de dépression. Je pense donc, qu'il n'est pas adapté dans les phases aiguës du traitement des personnalités borderline. Cependant rien n'empêche de s'inspirer de ces différentes phases pour les thérapies à long terme.

## **5.6. La thérapie cognitive et analytique**

La thérapie cognitive et analytique permet de ressortir les caractéristiques interpersonnelles et intrapsychiques du patient. La recherche intitulée « Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis<sup>173</sup> », décrit le thérapeute comme étant une personne flexible, honnête, respectueuse, confiante, chaude, intéressée ou ouverte. Les comportements de ce dernier influenceront l'alliance thérapeutique de manière positive et permettront à ce dernier d'explorer, de réfléchir, de servir de support et de faciliter l'expérience des affects<sup>174</sup>.

Selon la thérapie cognitive et analytique, la résolution d'un problème de rupture d'alliance thérapeutique s'effectue en cinq phases<sup>175</sup> :

### **Réception**

Dans cette étape le thérapeute encourage le patient à exprimer ses sentiments, à donner un sens à ce qu'il ressent.

Le patient est centré dans l'ici et maintenant et le thérapeute montre à ce dernier empathie et respect.

Cette intervention a pour but de faciliter l'exploration de la relation.

---

<sup>173</sup> Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice. The British Psychological Society, V.79, P. 395 – 418

<sup>174</sup> Ackerman et Hilsenroth (2003)

<sup>175</sup> Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice. The British Psychological Society, V.79, P. 408-410

Je retrouve dans cette étape les qualités d'empathie et de respect qui sont les bases de toute relation thérapeutique. L'empathie étant, je le rappelle, la capacité de ressentir et de partager les émotions des autres<sup>176</sup>.

Cette étape de réception ressemble de près à l'étape d'examen / d'identification de la thérapie centrée sur les émotions<sup>177</sup>.

Je pense que celle-ci est nécessaire à tout processus de changement, car il aide le patient à mettre en lumière le problème principal sur lequel il doit agir.

### **Exploration**

Le patient et le thérapeute explorent ensemble ce qui est ressorti, leur perception et leurs sentiments et les clarifient. Ils cherchent à donner une signification à l'événement passé.

En explorant la théorie de Cungi<sup>178</sup> sur les techniques d'entretiens individuels, je remarque qu'il fait référence à la règle des quatre R. Dans ces quatre R uniquement l'une d'elles m'intéresse pour le moment.

Recontextualiser ce que nous dit le patient, donc identifier la survenue de l'événement.

### **Liens et explications**

Le thérapeute demande au patient de reformuler ses sentiments et de voir comment ils peuvent être reliés entre eux.

Le principe de reformulation se retrouve aussi dans les techniques d'entretien de Chaly Cungi<sup>179</sup>. Ce dernier dit que la reformulation est utilisée pour clarifier les termes du patient et permet au thérapeute et au patient de se situer au même niveau

---

<sup>176</sup> Décrite par Cungi dans le point 3.1.3 Alliance thérapeutique selon Charly Cungi

<sup>177</sup> Dans le point 5.5 La thérapie centrée sur les émotions

<sup>178</sup> Dans le point 3.1.3.2 Techniques d'entretien

<sup>179</sup> Dans le point 3.1.3.2 Techniques d'entretien

**Négociation**

Le patient accepte le lien entre ses émotions et l'événement déclencheur et essaie de le comprendre.

Dans cette étape, il va aussi explorer ses doutes et ses objections avec le thérapeute.

**Consensus**

Il s'agit ici de l'étape de résolution du problème. Le patient va pouvoir associer son problème à d'autres relations ou événements passés.

Il existe encore 3 phases supplémentaires que je retrouve ultérieurement dans le même article :

**Explications futures**

Le patient identifie la procédure et la reformule.

**Nouvelles voies**

Le patient et le thérapeute exposent de nouvelles alternatives à la résolution de ce problème

**Clôture**

Le thérapeute guide le patient dans la direction que doit prendre la nouvelle alliance thérapeutique.

Ces différentes étapes permettraient, dans 53% des cas, la reconstruction d'une alliance thérapeutique<sup>180</sup>.

Dans l'analyse de ces diverses étapes, j'ai pu remarquer la ressemblance avec les différents principes de la technique d'entretien selon Charly Cungi<sup>181</sup>.

---

<sup>180</sup> Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder : A task analysis. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*. The British Psychological Society, V.79, P. 410

<sup>181</sup> Dans le point 3.1.3.2 Techniques d'entretien

Ce dernier identifiait uniquement quatre règles fondamentales qu'étaient : la recontextualisation, la reformulation, le résumé et le renforcement. Je peux donc en conclure que ces différentes techniques sont pertinentes pour résoudre ou consolider une alliance thérapeutique.

### **5.7. La réalité objective et subjective**

Le dernier thème abordé dans les différentes recherches est celui de la réalité objective et subjective<sup>182</sup>.

Pierre Cousineau, l'auteur de l'article, décrit deux réalités.

La réalité objective<sup>183</sup>, repose sur la connaissance des résultats de recherche et les concepts théoriques. Elle permet de :

- Mettre de l'ordre dans le tableau clinique des états limites.
- Fixer des limites, des points de repère.
- Donner un sens, une direction à l'intervention chez ces patients.

Ainsi, comme il est décrit dans la problématique de ma recherche, les personnalités borderline peuvent être très déconcertantes<sup>184</sup>.

Dans le cadre de la supervision clinique<sup>185</sup>, il existe cette notion que des professionnels doivent former d'autres thérapeutes afin de leur donner un supplément de base théoriques.

Ensuite vient la réalité subjective<sup>186</sup> qui, elle, est représentée par les réactions émotionnelles et quelques fois contre-transférentielles<sup>187</sup> du clinicien. Il est vrai que les personnalités émotionnellement labiles présentent une grande intensité affective et de fortes réactions émotionnelles, ce qui peut, pour le praticien, être déstabilisant et donc induire un contre transfert ou clivage.

---

<sup>182</sup> Pierre Cousineau (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. Santé mentale au Québec, V.22 (1), P. 5 – 15

<sup>183</sup> Ibid. P. 6

<sup>184</sup> Dans le point 2 Problématique

<sup>185</sup> Dans le point 5.3 La supervision clinique

<sup>186</sup> Pierre Cousineau (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. Santé mentale au Québec, V.22 (1). P. 6-7

<sup>187</sup> Le contre transfert dans cette étude est décrit comme étant une réaction émotionnelle du praticien, contre laquelle il est impossible de s'immuniser.

La prise de conscience de ses propres réactions pourrait permettre aux infirmiers et infirmières de pouvoir les utiliser de manière constructive dans leur intervention. La thérapie centrée sur les émotions serait donc aussi applicable chez les thérapeutes ?

L'auteur identifie aussi un autre moyen de gérer ses réactions en utilisant la supervision<sup>188</sup>. Celle-ci favoriserait le passage réactif au passage réflexif et protégerait les cliniciens et les patients contre les réponses impulsives et nocives à la relation.

Etre plus à l'écoute de ses sentiments, c'est exactement ce que conseille l'étude concernant la supervision clinique chez les professionnels travaillant avec des personnalités de type borderline<sup>189</sup>.

Dans le cadre de crises, la recherche recommande l'hospitalisation du client. Celle-ci doit être brève, doit contenir les crises et identifier les problèmes. Ce séjour n'a pas de durée limitée, il continue tant que la dangerosité du patient persiste.

Durant l'hospitalisation l'auteur dissuade les professionnels d'adopter une attitude négative envers ces patients, car elle peut influencer la manière dont le professionnel prodigue ses soins. Cette dimension de chaleur et d'attitude positive se retrouve dans la dimension affective de Cungi<sup>190</sup>, qui dit que le thérapeute doit avoir la capacité de trouver le patient sympathique malgré tout ce qu'il ressent.

Je pense que la clé de toute relation de confiance est là. Car cette étude démontre que les professionnels se laissent parfois emporter par leurs émotions et perdent toute leur capacité à entretenir un lien avec leurs patients.

---

<sup>188</sup> Pierre Cousineau (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. Santé mentale au Québec, V.22 (1). P. 11

<sup>189</sup> Développée dans le point 5.3 La supervision clinique

<sup>190</sup> Dans le point 3.1.3.1.1 Dimension affective

## **5.8. Synthèse de l'analyse**

Après avoir analysé les différentes études, je peux ressortir les éléments principaux qui pourraient aider la création et le maintien de l'alliance thérapeutique avec les patients borderline.

Le premier est d'avoir des objectifs et des buts en commun, le thérapeute et le patient doivent aller dans le même sens pour que la thérapie marche.

Le second point sur lequel je voudrais insister est celui de l'empathie. Le fait de prendre en compte la réalité du patient me semble primordiale. Cela va permettre aux professionnels de comprendre ce que vit le patient et de se mettre à la place de celui-ci. Ce dernier va alors comprendre qu'il est entendu, que la personne qui se trouve en face de lui le prend au sérieux. Je pense que cette étape est primordiale dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Le troisième facteur mis en évidence dans plusieurs études est : la chaleur. Il est important que le thérapeute soit chaleureux et qu'il ne se laisse pas influencer par ses représentations ou émotions négatives lorsqu'il rencontre l'un de ses patients. Cette chaleur encouragera le patient à se livrer d'avantage, il saura ainsi que quelqu'un l'écoute.

Le quatrième point important est, celui de la supervision clinique. Celle-ci est principalement centrée sur l'éducation et l'écoute des professionnels. En effet, par cette supervision, les infirmiers et infirmières recevront des indications précises sur le trouble, trouveront une signification à tous ces comportements parfois provocateurs. Ils réfléchiront ensemble aux solutions et aux comportements à adopter. L'autre rôle du superviseur sera d'écouter ce que les cliniciens ressentent, de les rassurer et de les aider à trouver une signification émotionnelle à ce qu'ils vivent.

Le cinquième et dernier point est la régulation des émotions. Celle-ci permet d'identifier, de réfléchir, de trouver une signification et de modifier les émotions, qui quelques fois sont excessives ou très prenantes pour les personnalités de type borderline. Le but du thérapeute sera alors d'aider, de guider et de valider le patient dans son processus d'apprentissage, afin que celui-ci retrouve des comportements mieux adaptés.

## 6. Discussion

### 6.1. *Validité de la recherche*

#### 6.1.1. *Limites de ma recherche*

Afin de réaliser mon mémoire de fin d'étude, je suis partie d'une situation problématique rencontrée durant l'un de mes stages. Ce problème avait déjà été reconnu auparavant dans la pratique. Malheureusement une infime quantité de recherches fournissent une réponse claire à ces difficultés. Mais une minorité identifiait les moyens à disposition des professionnels de la santé, pouvant régler ou améliorer cette situation problématique.

Je me rends compte, en terminant ce travail de recherche, que, ne pouvant me rendre sur le terrain, la littérature a beaucoup limité mon étude. Les réponses et apports théoriques apportés par les différents articles ne sont donc pas forcément représentatifs de la réalité de la pratique et peut être qu'ils n'y sont pas applicables.

Ce manque de recherches ne m'a pas permis d'affiner mes explorations à un milieu de soin, une tranche d'âge ou encore à certaines catégories de patients particulières.

Pour terminer, je dirai que la patient borderline a une personnalité qui diffère beaucoup d'un individu à l'autre. Les traits caractéristiques sont vastes et parfois plus prononcés chez certains patients. Ma recherche est donc très étendue et n'est peut être pas applicable chez tous les états limites.

### **6.1.2. Validité des recherches**

Je vais reprendre, dans ce chapitre, les différentes études utilisées<sup>191</sup> pour mon analyse. Je les évaluerai ensuite selon leurs niveaux de preuve et discuterai de leur pertinence<sup>192</sup>.

#### **Etude 1 : Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder<sup>193</sup>**

Cette étude a un fort niveau de preuve (niveau 1 et grade 1). En effet, il s'agit d'une étude se basant sur une psychothérapie ayant déjà fait ses preuves dans la pratique. Les chercheurs vont alors quelque peu la modifier, pour pouvoir l'appliquer dans le traitement de la personnalité borderline.

Les sujets sélectionnés dans cette étude sont clairement définis et classés selon différentes caractéristiques.

Cette recherche est limitée dans le temps, les patients ne bénéficient que de 34 sessions. L'efficacité de cette étude ne peut donc s'évaluer qu'à court terme.

#### **Etude 2 : *Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder*<sup>194</sup>**

Cet article, concernant la supervision clinique des infirmières, est à un moindre niveau de preuve (niveau 5 et grade 3). Elle est une évaluation d'un programme de supervision clinique dans les milieux de soins travaillant en relation avec des états limites.

Il n'y a pas de groupes contrôles définis et celle-ci se base uniquement sur des données scientifiques sans aller les vérifier sur le terrain.

---

<sup>191</sup> Vous pouvez retrouver la littérature choisie dans l'annexe G, les niveaux de preuve et la gradation y est citée.

<sup>192</sup> Vous pouvez retrouver les différents niveaux de preuve dans l'annexe I et les différents niveaux de recommandation dans l'annexe J.

<sup>193</sup> John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 103 – 116

<sup>194</sup> Ann R. Bland, Eileen K. Rossen (2005). *Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder*. Issues in Mental Health Nursing, V.26, P. 507 – 517

Je pense que cette étude est utile dans le cadre d'apports théoriques. Il serait cependant nécessaire qu'elle soit appliquée et évaluée sur le terrain afin d'obtenir un fort niveau de preuve.

### **Etude 3 : The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult acute Psychiatric Setting<sup>195</sup>**

Cet article détermine l'effet de différents diagnostics sur la relation avec les infirmières. Le déroulement de la recherche est très bien expliquée, la population interrogée et concernée par cette étude est classée selon divers critères. L'auteur fait ensuite le lien entre ses résultats et les recherches passées.

Pour ces différentes raisons, je considère cet article d'un fort niveau de preuve (niveau 1 et grade 1).

### **Etude 4 : Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder<sup>196</sup>**

Cette étude est d'un faible niveau de preuve (niveau 6 et grade 3). Il s'agit en fait d'un débat entre plusieurs spécialistes. Ils discutent de l'efficacité de la thérapie centrée sur les émotions dans le traitement de la personnalité borderline.

Cet article est une revue de la littérature basée sur d'anciennes recherches. Malheureusement, elle ne permet pas une vision étendue au terrain et ne prend en compte que les aspects théoriques. Je pense qu'il serait bien, encore une fois, que cette étude soit appliquée à un milieu de soins. Cela permettrait aux auteurs d'obtenir un plus fort niveau de preuve et donc de pouvoir espérer un changement dans la pratique.

---

<sup>195</sup> A. Forsyth (2007). *The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult Acute Psychiatric Setting*. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P. 33 – 40

<sup>196</sup> Serine H. Warwar, Paul S. Links, Leslie Greenberg, Yvonne Bergmans (2008). *Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder*. Journal of Psychiatric Practice, V.14, P. 94 – 104

**Etude 5 : The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorder<sup>197</sup>**

Cette étude me semble d'un faible niveau de preuve (niveau 5 et grade 3). En effet il s'agit d'une étude portant sur l'alliance thérapeutique dans le traitement des troubles de la personnalité. Cet article n'est donc pas centré uniquement sur les états limites. Il reprend les différents troubles de la personnalité et fait ressortir leurs caractéristiques principales et leur lien avec l'alliance thérapeutique. Cette théorie est ensuite mise en relation avec des situations de soins issues de la pratique.

Il n'y a donc pas de critères bien précis quant à la sélection des patients et l'étude fournit uniquement des informations théoriques concernant l'alliance thérapeutique.

Il serait intéressant, à mon avis, de diviser ces troubles de la personnalité et d'aller plus loin dans cette recherche.

**Etude 6 : Resolving Threats to the Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis<sup>198</sup>**

Cette étude a un fort niveau de preuve (niveau 1 et grade 1). Cette recherche part d'une analyse de cas et la confronte à la réalité du terrain. La méthode y est décrite scrupuleusement et suit une méthodologie bien précise. Les différentes étapes de l'étude et les résultats escomptés sont exposés aux lecteurs.

Je pense donc que les résultats obtenus par cette étude sont, selon le premier niveau de preuve, indiscutable.

---

<sup>197</sup> Donna S. Bender (2005). *The Therapeutic Alliance in The Treatment of Personality Disorders*. Journal of Psychiatric Practice, V.11, P. 73 – 87

<sup>198</sup> Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). *Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis*. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice. The british Psychological Society, V.79, P. 395 – 418

***Etude 7 : Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité<sup>199</sup>***

Cet article a été écrit par un spécialiste reconnu. L'auteur n'est pas allé sur le terrain, n'a pas de résultats issus de la pratique. Il se base uniquement sur une théorie de soins.

Avec toutes ces informations, je peux donc conclure que le niveau de preuve est faible (niveau 6 et grade 3).

***6.2. Pour aller plus loin***

En partant des résultats obtenus, je pense qu'il serait pertinent d'approfondir cette recherche. En effet, comme je l'ai dit précédemment, je pense qu'il serait intéressant, d'en faire un listing et de l'utiliser dans la pratique afin d'obtenir une vision réelle des résultats. Un guideline pourrait alors être créé pour les infirmiers et infirmières travaillant avec des personnalités borderline.

Une autre alternative, serait d'interroger les professionnels de la santé sur les moyens qu'ils ont à leur disposition pour instaurer et conserver cette alliance, et ainsi faciliter l'analyse au regard du cadre théorique.

En conclusion, je pense que ma recherche est le point de départ d'études futures.

---

<sup>199</sup> Pierre Cousineau (1997). *Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité*. Santé mentale au Québec, V.22 (1), P. 5 – 15

### **6.3. Propositions**

Deux actions me paraissent importantes à réaliser, dans un premier temps, si l'on veut tendre à une amélioration de la pratique soignante dans le traitement des personnalités borderline.

En premier lieu, je pense qu'il serait nécessaire de sensibiliser le personnel à la pathologie de la personnalité borderline. Cette action pourrait être réalisée par le biais d'une supervision infirmière. Cette dernière aurait pour rôle de rassurer les professionnels de la santé, de les écouter, de leur offrir une éducation spécialisée...<sup>200</sup>

La deuxième action, serait de définir et d'apprendre aux patients à mieux gérer leurs émotions, en leur offrant de nouvelles techniques adaptées à leur pathologie.

---

<sup>200</sup> Cf. : section 5.3 sur la supervision clinique

## 7. Conclusion

### ***7.1. Atteinte des objectifs de recherche et d'apprentissage***

Je vais évaluer mon travail en regard des objectifs d'apprentissage fixés en début de ce travail.

***Je mettrai en relief les ressources dont disposent les infirmières afin d'améliorer leur alliance thérapeutique lorsqu'elles côtoient des personnalités borderline.***

Je pense que cet objectif reflète bien le questionnement énoncé en début de travail. En effet, ma recherche porte sur l'alliance thérapeutique qui existe entre les infirmiers/infirmières et les personnalités borderline. J'ai essayé, tout au long de ce travail, d'identifier les moyens qui sont à disposition des professionnels de la santé et qui leur permettent d'instaurer et de maintenir une alliance de travail.

***A la fin de la recherche, je m'auto évaluerai en regard avec la méthodologie choisie. Je vérifierai aussi l'atteinte de mes objectifs fixés en début de travail.***

Pour arriver à cet objectif, je m'auto évalue dans ce chapitre en regard des objectifs d'apprentissage.

***J'appliquerai une méthodologie, afin de mener à bien ma recherche. Pour ce faire je utiliserai des documents issus de travaux publiés et vérifiés par des professionnels de la santé. Je définirai une problématique issue du terrain. Je choisirai un cadre de référence qui me permettra d'illustrer au mieux les différents éléments de mon travail, que sont l'alliance thérapeutique et la personnalité borderline. Je consulterai aussi des documents de recherche déjà publiés. J'analyserai ces écrits, j'en ferai une synthèse, et enfin m'auto-évaluerai.***

Pour réaliser cet objectif, j'ai tenté d'appliquer au mieux la méthodologie demandée pour cette recherche. Pour ce faire, tout au long de ce mémoire de fin d'étude, je me suis référée aux documents de cours concernant la rédaction d'un travail de recherche.

Tout d'abord, j'ai effectué une exploration de la littérature, afin d'y trouver des livres et articles concernant mon thème et ainsi construire un cadre théorique. Ce travail m'a aussi permis de trouver des articles pouvant appuyer ma problématique.

J'ai ensuite effectué d'autres recherches sur des bases de données, afin de trouver des articles pertinents que j'ai par la suite analysés en regard avec mon cadre théorique.

## **7.2. Bilan personnel**

### **7.2.1. Facilités**

En arrivant à la fin de ce travail, je me suis épanouie et satisfaite du travail fourni durant ces deux ans. J'en suis d'autant plus fière, car cette étude m'a demandé un investissement personnel.

J'ai particulièrement apprécié le travail de mise en lien des différents éléments ressortis de mes études, ainsi que de mon cadre théorique. Les réponses obtenues par ces articles étaient cohérentes avec ma recherche et mes questions de départ. Elles m'ont amenées à une réflexion sur ce thème. C'est ce passage de la rédaction qui m'a le plus apporté.

Ce travail a donc élargi mes connaissances dans ce domaine et permis de confronter plusieurs pratiques thérapeutiques.

### **7.2.2. Difficultés**

Au terme de ce travail, je remarque qu'une telle recherche ne peut se réaliser sans certaines concessions. En effet, il m'a été difficile au départ de mettre entre parenthèse mes heures de loisir, pour me consacrer à mon mémoire de fin d'étude.

De plus, cela m'a demandé une grande rigueur de suivre une méthodologie stricte, alors que j'aime laisser libre court à mon imagination.

Je remarque ensuite que tout au long de ce travail, il y a eu une grande remise en question par rapport à mes capacités de mener à bien cette recherche. Je me suis aussi interrogée sur mon avenir professionnel et ma direction future.

Pour terminer, je pense qu'un tel travail demande d'être bien entouré, car j'ai dû faire face à des moments où mon moral et ma motivation étaient au plus bas. Je pense qu'ils sont légitimes dans ce long processus et que chaque élève les ressent lors d'une période d'étude.

Au final, je suis satisfaite des efforts fournis, car ils permettront, je l'espère, à d'autres professionnels de la santé de se remettre en question et de discuter de la pratique déjà fondée.

## 8. Références

### 8.1. Bibliographie

#### 8.1.1. Livres, monographie, ouvrages

1. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson. P. 1008
2. Cungi Charly (2006), *L'alliance thérapeutique*, Savoir faire psy, Paris. P. 286
3. Didier Bourgeois (2004). *Comprendre et soigner les états limites*. Paris, Edition Dunod. P. 306
4. Dominique Page (2006). *Borderline : retrouver son équilibre*. Paris, Odile Jacob. P. 213
5. Firouzeh Mehran. (2006). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle, approche intégrative*. Elsevier Masson. P. 264
6. Otto F. Kernberg, Michael A. Selzer, Harold W. Koenigsberg, Arthur C Carr & Ann H. Appelbaum. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Psychiatrie ouverte. Paris.
7. Peplau Hildegard E (1995), *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers / Hildegard E. Peplau ; trad. De l'anglais par Anne Pietrasik ; adapt. Française et préf, de Hélène Lazure*, InterEditions, Paris. P. 325
8. Rachel Udry. (2008). *Paternité au sein d'une maternité*. HES-SO/Valais. Filière Soins Infirmiers. Mémoire de fin d'études. P. 84

### 8.1.2. Articles, périodiques, quotidiens

1. A. Forsyth (2007). *The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult acute Psychiatric Setting*. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P. 33 – 40
2. Ann R. Bland, Eileen K. Rossen (2005). *Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder*. Issues in Mental Health Nursing, V.26, P. 507 – 517
3. Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). *Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis*. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice. The british Psychological Society, V.79, P. 395 – 418
4. Donna S. Bender (2005). *The Therapeutic Alliance in The Treatment of Personality Disorders*. Journal of Psychiatric Practice, V.11, P. 73 – 87
5. G. Bertschy, R. Barbe, N. Gervasoni & C. Bryois (2005). *Psychiatrie. Revue médicale Suisse, 47*
6. J. Bastian, J.-L. Valdeyron, V. Vaquier. (2001). *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers*. Recherche en soins infirmiers, 66, 93-100.  
(<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/66/93.pdf?6G3DQ-14G01-3WMW4-114XQ-M6390>)
7. J. Cottraux. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson. Chapitre 17, 607-643
8. J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai. *L'alliance thérapeutique : un concept empirique*. Revue Médicale Suisse, 2315.  
(<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=20758>)
9. John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 103 – 116
10. M. Boutin. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte. Mémoire de maîtrise en psychologie*. Université du Québec. Chicoutimi. Canada  
(<http://bibvir.uqac.ca/theses/24604477/24604477.pdf>)

11. O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.-M. Thurin. (2003). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. ISERM  
(<http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>)
12. O. Chambon, C. Perris & M. Marie-Cardine. (1997). *Techniques de psychothérapies cognitives des psychoses chroniques*. Elsevier Masson.
13. Oldham J. M., Gabbard G. O., Goin M. K., Gunderson J., Soloff P., Spiegel D., Stone M., Phillips K.A. (2001). *Practice Guideline for The Treatment of Patients with Borderline Disorder*. APA. 158, P. 833  
[www.psych.org](http://www.psych.org)
14. Serine H. Warwar, Paul S. Links, Leslie Greenberg, Yvonne Bergmans (2008). *Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder*. *Journal of Psychiatric Practice*, V.14, P. 94 – 104
15. Thomas J. Doucet. (2009). *Trusting Another : A Parse Research Method Study*. *Nursing Science Quarterly*. V.22 N°3. P.259-266

## 8.2. Cybérographie

1. AAPEL. (2009). Association d'aide aux personnes avec un « état limite ». Consultée le 11 mai 2010, URL : <http://www.aapel.org/bdp/borderline.html>
2. CIM-10. (2007). Classification statistique internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. Consultée le 11 mai 2010, URL : <http://www.icd10.ch/index.asp>
3. HUG. (2009). Hôpitaux Universitaires de Genève. Consultée le 30 mai 2009, URL : <http://www.hug-ge.ch/>
4. INSERM. Le site d'information scientifique et technique. Consultée le 10 juin 2009, URL : <http://ist.inserm.fr/>
5. PsycINFO. (2010). American Psychological Association. Consultée le 10 avril. URL : <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
6. Pubmed. U.S. National Library of Medicine / National Institutes of Health. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
7. Cinhal. (2010). Cumulative Index to Nursing & allied Health Litterature. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://search.ebscohost.com/>
8. Cochrane. (2010). The Cochrane Library. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://search.ebscohost.com/>
9. BDSP. (2010). Banque de donnée en santé publique. Consultée le 10 avril 2010. URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

## 8.3. Autre documentation

1. Document de cours : Chris Schoepf (2009), *Méthodologie Bachelor 07 : revue de la littérature & recherche en soins infirmiers*, HES-SO Valais/Wallis filière soins infirmiers.
2. SBK/ASI. (2003). *L'éthique : l'éthique dans la pratique des soins*. Berne

## 9. Annexes

### 9.1. *Annexe A : Le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence*

Tiré de : Michael G. Conner. *The borderline Personality Traits In A  
Wilderness Therapy Program : A Questionable Venture*. 2000  
<http://www.aapel.org/bdp/BLtraitsFR.html> (visité le 06.05.2010)

...

Le DSM et l'association psychiatrique américaine conseillent d'attendre qu'un adolescent ait atteint 18 ans avant de diagnostiquer un trouble Borderline. Avant cette période les symptômes liés à ce trouble sont désignés sous le nom de « Traits de personnalité borderline ».

...

Au Début, les symptômes des troubles de la personnalité borderline apparaissent plus comme de la dépression, des troubles du comportements ou de l'opposition.

...

Les jeunes avec des symptômes comportementaux initiaux de ce troubles ne seront pas forcément détectés, parce qu'ils peuvent réussir à cacher ces comportements aux membres de leur famille.

...

Les adolescents avec des traits de personnalité borderline sont : très vulnérables, sur réagissent au stress, ont des relations de forme instable et intense « amour - haine », sont enclin à voir leurs soigneurs en tant que tout bon ou tout mauvais.

...

## Les comportements rencontrés :

1. Douleur émotionnelle intense : honte, culpabilité, crainte, solitude, vide, convoitise.
2. Brusques changements d'humeur : colère, tristesse, crainte du bonheur.
3. Interprétant leur expérience comme « bonne » ou « mauvaise »
4. Construisant et maintenant des relations avec les autres jeunes et le personnel en créant un ennemi commun
5. Un progrès ou un bien-être émotionnel amélioré déclenchera des pensées : combien il se sentait mal dans le passé...
6. Les rapports avec le personnel donnera l'impression à l'individu qu'il est mal compris, victime, mal aimé, ignoré ou mal traité...
7. Idéalisation du personnel et d'autres jeunes afin de former et tirer des bénéfices de cette relation
8. Incapacité à tolérer leur état émotionnel, comportements de fuite et d'évitement (médication, automutilations, agissement immature... afin de créer une « libération émotionnelle »
9. Décompensation... .

## 9.2. *Annexe B : Référentiel des compétences*

### 1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le

Client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins

- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins

Infirmiers dans son activité professionnelle

- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions

Professionnelles

- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé,

Préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) Dans la gestion

Des situations rencontrées

- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales,

Déontologiques et éthiques

### 2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

#### **Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :**

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge,

état de santé, situation sociale, culture etc.).

- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client

- utilise le geste et le soin au corps dans la relation

- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation

Thérapeutique, etc.)

- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

**Réalise les soins requis :**

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

**Organise son travail en tenant compte du contexte :**

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

**3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé**

- se réfère aux déterminants de la santé pour analyser les besoins de santé et poser des priorités
- apprécie les demandes de la clientèle et l'implique dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- ajuste des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- réalise des actions éducatives
- participe à des actions dans des projets de santé communautaire
- conseille la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

**4. Evaluer ses prestations professionnelles**

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

**5. Contribuer à la recherche en soins et en santé**

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

## 6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et  
D'encadrement

## 7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio sanitaire

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les  
Processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

## 8. Participer aux démarches qualité

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

## 9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

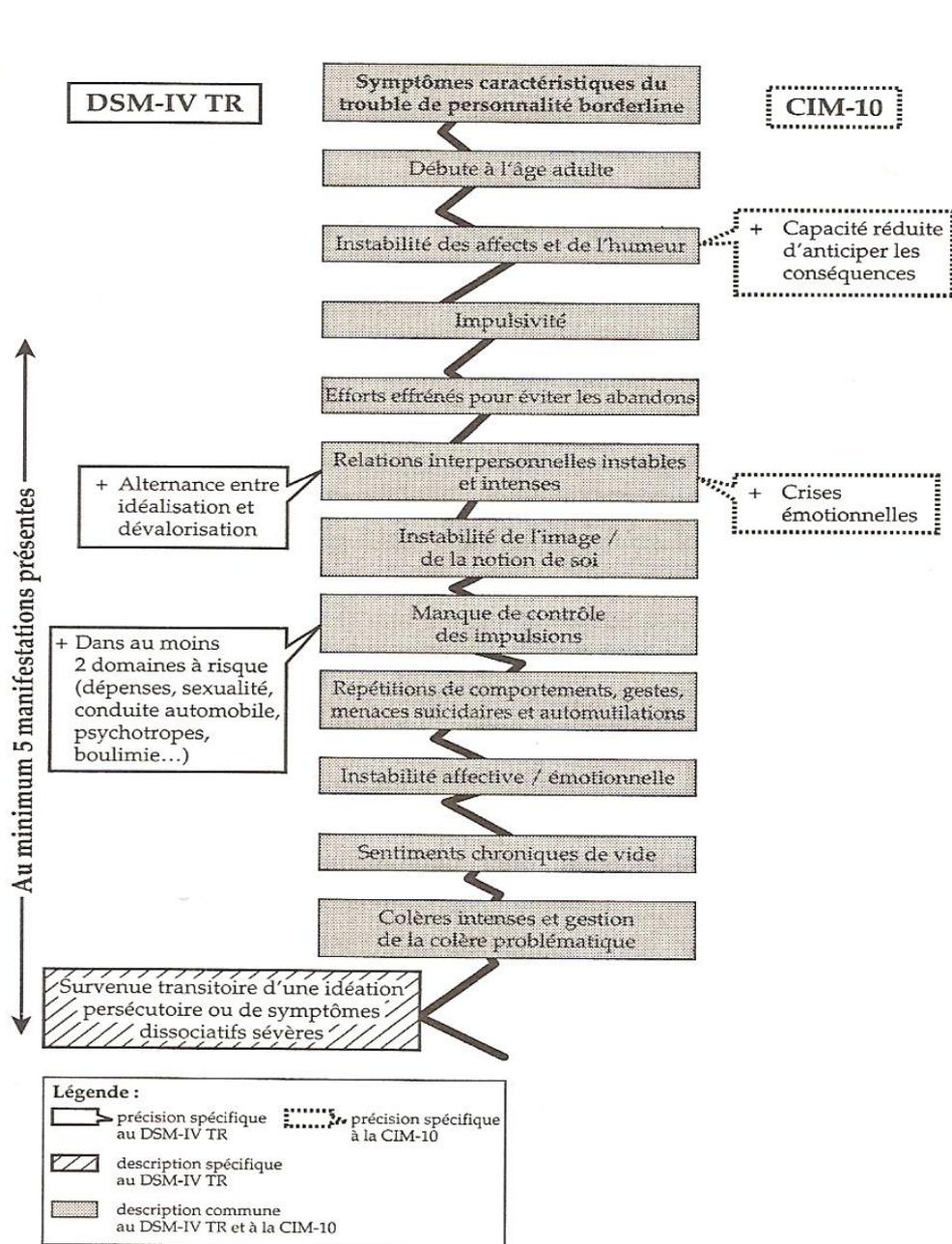
- suit l'évolution des politiques socio sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité  
et au

Maintien et au développement de la santé en général

- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son

Propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

### 9.3. Annexe C : Tableau comparatif des critères diagnostiques<sup>201</sup>



**Le diagnostic du trouble de personnalité borderline.**  
Tableau comparatif des critères diagnostiques DSM-IV TR et CIM-10.

<sup>201</sup> Tiré du livre : Dominique Page (2006). Borderline : retrouver son équilibre. Paris, Odile Jacob.

## 9.4. Annexe D : Grille d'évaluation des études qualitatives<sup>202</sup>

Comment lire de façon critique...

Pédagogie Médicale

**Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)**

	Oui	±	Non
<b>L'introduction</b>			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
<b>Les méthodes</b>			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
<b>Les résultats</b>			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
<b>La discussion</b>			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices.	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
<b>La conclusion</b>			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

REVUE INTERNATIONALE FRANCOPHONE D'ÉDUCATION MÉDICALE, 3(2), p: 81-90. = 83

tiré de Côté, L & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine.

7

153

<sup>202</sup> Tirée de : Côté, L & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Revue internationale francophone d'éducation médicale, 3 (2), 81-90.

**9.5. Annexe E : Stratégie de recherche**

Banque de donnée	Mot-clés	Résultats	Résultats multiples sur la même base de donnée	Résultats restants	Résultats obtenus en utilisant les critères d'exclusion	Recherches trouvées dans plusieurs banques de donnée	Recherches choisies
Psychinfo	Therapeutic alliance ou working alliance et borderline ou BPD	22	9	13	-	-	-
Pubmed	Therapeutic alliance ou working alliance et borderline ou BPD	68	23	45	4	-	4
Cinhal	Therapeutic alliance ou working alliance et borderline ou BPD	82	8	74	5	3 dans pubmed	2

Cochrane	Therapeutic alliance ou working alliance et borderline ou BPD	6	1	5	-	-	-
BDSP	Alliance thérapeutique ou working alliance ou therapeutic alliance	24	5	19	1	-	1
Total		202	46	156	10	3	7

## 9.6. Annexe F : Critères d'exclusion

### Critères d'exclusion

1. Article n'étant pas en français, anglais et allemand
2. Article n'étant pas paru entre 2005 – 2010
3. Titre et/ou résumé ne répondant pas à mon questionnement
4. L'intervention n'est pas menée par des professionnels
5. Articles qui ne montrent pas la conception de l'étude
6. L'article ne donne pas d'éléments de réponse à ma question de recherche

Titre	Auteur	Année	Critères d'exclusion	Bases de donnée
Making the links: violence, trauma and mental health	Ad Hoc Working Group on Women, Mental Health, Mental Illness and Addictions	2009	3	Cinhal
The myth of the alliance with borderline patients.	Adler G.	1979	2	Pubmed
Transference, real relationship and alliance.	Adler G.	1980	2	Pubmed
Encounters in close care relations from the perspective of personal assistants working with persons with severe disability	Ahlström G; Wadensten B	2010	3	Cinhal
Encyclopedia of Psychology : 8 Volume Set	Alan E. Kazdin	2000	3	BDSP
Long-term outcome from a medium secure service for people with intellectual disability	Alexander RT; Crouch K; Halstead S; Piachaud J	2006	3	Cinhal
Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder	Alper G; Peterson SJ;	2001	3	Cinhal
Continuing education. Transitional objects, phenomena, and relatedness: understanding and working with individuals with borderline personality disorders	Amey SE	1996	2	Cinhal
Evidence-Based Case Study : Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training	APA	2006	3	Psychinfo
Comparing individual thérapies for personality disordered opioid dependent patients	Ball SA.	2007	3	Pubmed Cochrane Cinhal

La question de l'alliance thérapeutique avec la famille dans le traitement de la schizophrénie : Réflexions et perspectives cliniques actuelles	Bantman P.	2002	3	BDSP
Borderline personality disorder (a.k.a. emotional intensity disorder)	Bartels N	1997	3	Cinhal
De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers	Bastian J.	2001	2	BDSP
Dialectical behavior psychotherapy with borderline patients	Begin C; Lefebvre D;	1997	3	Cinhal
Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder: shared philosophy or ambivalence – a qualitative study from the view of caregivers	Bergman B; Eckerdal A	2000	3	Cinhal
Effective Psychoanalytic Therapy of Schizophrenia and Other Severe Disorders	Bertram P. Karon	-	3	Psychinfo
Emotion processing in borderline personality disorders	Bland AR	2003	3	Cinhal
The use of contracts in the inpatient treatment of the borderline personality disorder.	Bloom H, Rosenbluth M	1989	2	Pubmed
Using motivational interviewing with smokers : Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance ?	Boardman T.	2006	3	BDSP
Empirical studies of défense style : relationships with psychopathology and change	Bond M.	2004	3	Pubmed
Maladie chronique et enfance : image du corps, enjeux psychiques et alliance thérapeutique	Bouquinet E.	2007	3	BDSP
Supportive containment in the hospital care of treatment-resistant borderline adolescents.	Braden E.	1984	3	Pubmed

Discussion of thee paper by E. R. Shapiro, R. L. Shapiro, J. Zinner and D. A. Berkowitz on The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence.	Buie DH Jr.	1977	2	Pubmed
Contracting with patients diagnosed with borderline personality disorder	Calabretta-Capriani T	1989	3	Cinhal
A practical approach to the psychotherapy of the borderline patient.	Chessick rD	1979	2	Pubmed
The outpatient psychotherapy of the borderline patient.	Chessick RD.	1993	2	Pubmed
Homophobia in nursing: a concept analysis	Christensen M	2005	3	Cinhal
Experience, Knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder	Cleary M; Siegfried N; Walter G	2002	3	Cinhal
Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment	Connors G.J.	2000	3	BDSP
Clinical Dilemmas : An Intruduction	D. J. Scaturro	2005	3	Psychinfo
Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder	Daly AM, Llewelyn S, McDougall E, Chanen AM.	2010	6	Pubmed
Adolescent boys Who are Suicidal	David A. Jobes		3	Psychinfo
Adolescent Girls Who are Suicidal	David A. Jobes		3	Psychinfo
Cognitive Therapy for Panic Disorder	David M. Clark		3	Psychinfo
L'annonce des risques en cancérologie pédiatrique : consolider l'alliance thérapeutique	Doz F.	2008	3	BDSP
The impact of borderline personality disorder and anxiety on neuropsychological performance in major depression	Fertuck EA; Marsano-Jozefowicz S; Stanley B; Tryon WW; Oquendo M; Mann JJ; Keilp JG;	2006	3	Cinhal
Toward a new definition of health disparity : a concept analysis	Fink AM	2009	3	Cinhal
Mechanisms of change in mentalization-bases treatment of BPD	Fonagy P, Bateman AW.	2006	3	Pubmed

Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients : a High-risk, High-gain phenomenon	Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB, Coyne L.	1994	2	Pubmed
The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients.	Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S, Allen JG, Colson DB, Newsom G, Coyne L.	1988	2	Pubmed
Escaping borderline stereotypes: working through the maze of staff-patient interactions	Gallop R	1988	2	Cinhal
Caring less, doing more : the rôle of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients	Galloway VA, Brodsky SL	2003	3	Pubmed
Personality-Guided Therapy for Posttraumatic Stress Disorder	Georges S. Everly, Jr., PhD and Jeffrey M. Lating, PhD	2003	3	Psychinfo
Attitudes knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study	Giannouli H; Perogamvros L; Berk A; Svigos A; Vaslamatzis G	2009	6	Cinhal
Pharmacist and nurse : a team approach towards primary health care or conivent « therapeutic alliance » ?	Gilbert L.	1997	3	BDSP
Training issues in the treatment of severely disturbed patients.	Giustra L.	1985	3	Pubmed
Dynamically oriented psychotherapy with borderline patients	Goldstein WN	1997	2	Pubmed
Developing competency-based programmes in a high secure setting	Gordon N; Tennant A;	2002	3	Cinhal
Testing the Working Alliance Inventory (WAI) in a French primary care setting : Predictive value and factor structure	Guedeney N.	2005	3	BDSP
Depression and personality disorders	Guelfi JD	2008	3	Pubmed
Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder	Gunerdson JG, Chu JA	1993	3	Pubmed

Boundary issues and personality disorders	Gutheil TG	2005	3	Cinhal
Managing the "unmanageable": training staff in the use of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder	Hazelton M; Rossiter R; Milner J	2006	3	Cinhal
Contribution of défensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome	Hersoug A-G.	2002	3	BDSP
Actes du thérapeute et alliance thérapeutique dans les consultations précoces : à propos d'une recherche	Herve M.J :	2003	3	BDSP
Attachment and early working alliance in adults psychiatric inpatients	Hietanen O-M	2006	6	BDSP
End-of-life care for the patient with borderline personality disorder	Hill R.	2005	3	Cinhal
A family partnership	Hoffman PD	1997	3	Cinhal
Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis.	Hoffman PD, Fruzzetti AE.	2007	3	Pubmed
Borderline states: prognosis and psychotherapy.	Holm K, Hundevadt E.	1981	2	Pubmed
Towards understanding some complex borderline behaviours	Horsfall J	1999	3	Cinhal
The therapeutic alliance : the key to effective patient outcome ? A descriptive review of the évidence in community mental health case management	Howgego I-M.	2003	2	BDSP
Psychosocial factors and adequacy of service for children in children's homes	Hukkanen R, Sourander A, Bergroth L, Piha J	1999	3	Cinhal
The extent of the adult-ICU nursing crew in a school hospital	Inoue KC; Matsuda LM	2009	3	Cinhal
The association between children's computer use and musculoskeletal discomfort	Jacobs K, Baker NA	2002	3	Cinhal
A brief overview of borderline personality disorder	James P.	2006	3	Cinhal

Psychoanalysis of a man with active alcoholism.	Johnson B.	1992	3	Pubmed
The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy	Jonathan Shedler	2010	3	Psychinfo
Cognitive Therapy	Judith S. Beck	2006	3	Psychinfo
Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services	Junghan U-M	2007	6	BDSP
History of physical work exposures and clinically diagnosed sciatica among working and nonworking Finns aged 30 to 64	Kaila-Kangas L, Leino-Arjas P, Karppinen J, Viikari-Juntura E, Nykyri E, Heliövaara M	2009	3	Cinhal
The challenge of working with patients diagnosed as having a borderline personality disorder	Kaplan CA	1986	2	Cinhal
Dual challenge: a cognitive analytic therapy approach to substance misuse	Kerr I; Leighton T	2008	3	Cinahl
A concept analysis of forensic risk	Kettles Am	2004	3	Cinhal
Chronic suicidality in a physician : an alliance yet to become therapeutic	Koekkoek B, Gunderson JG, Kaasenbrood A, Gutheil TG.	2008	3	Pubmed
Alliance thérapeutique dans la pratique des guérisseurs baoulés (Côte d'Ivoire) : le consentement	Kouassi K.	1993	3	BDSP
Borderline personality disorder: attitudinal change following training	Krawitz R	2004	3	Cinhal
Consumer-clinician co-taught borderline personality disorder training: a pilot evaluation	Krawitz R; Jackson W	2007	3	Cinhal
Active inflammatory lesions detected by magnetic resonance imaging in the spine of patients with spondyloarthritis definitions, assessment system, and reference image set	Lambert RGW; Pedersen SJ; Maksymowich WP; Chiowchanwisa wakit P; Østergaard M	2009	3	Cinhal
Mahler's developmental theory: training the nurse to treat old adults with borderline personality disorder	Landesman A	2003	3	Cinhal

Psychotherapy Research : An International Review of Programmatic Studies	Larry E. Beutler and Marjorie Crago	1991	3	Psychinfo
Borderlines : problems of self an object séparation	Leibovich MA	1976	2	Pubmed
Are psychodynamic and psychoanalytic thérapies effective ? : A review of enpirical data.	Leichsenring F.	2005	3	Pubmed
Leadership and management. What's wrong with being "borderline ethical"?	Liebowitz B	2003	3	Cinhal
Complex love as relational nurturing: an integrating ultramodern concept	Linares JL	2006	3	Cinhal
Investigating care provided by physical therapists treating people with rheumatoid arthritis: pilot study	Lineker SC; Hurley L; Wilkins A; Asmundsen GJG	2006	3	Cinhal
Cancer in persons working in dry cleaning in the Nordic countries	Lynge E; Andersen A; Rylander L; Tinnerberg H; Lindbohm ML; Pukkala E; Romundstad P; Jensen P; Clausen LB; Johansen K	2006	3	Cinhal
Attitudes towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": social rejection and dangerousness	Markham	2003	3	Cinhal
The effets of the psychiatric label "borderline personality disorder" on nursing staff's perceptions and casual attributions for challenging behaviours	Markham D; Trower P;	2003	3	Cinhal
Development coordination disorder in children: from motor and cognitive perspectives	Martinez SH	2000	3	Cinhal
Cognitive therapy for borderline personnality disorder	Mary Anne Layden		3	Psychinfo
The contribution of group cohésion and group alliance to the outcome of group psychotherapy	Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L.	1997	3	Pubmed Cochrane

Guidelines for a therapeutic alliance between families and staff : A report of the SIOF working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology	Masera G.	1998	3	BDSP
People with an intellectual disability in the criminal justice system: developing an assessment tool for measuring prevalence	Mason J, Murphy G	2002	3	Cinhal
Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders in the adolescent: establishing a therapeutic alliance.	Masterson JF, Baiardi J, Fischer R, Orcutt C.	1992	2	Pubmed
The borderline adult: therapeutic alliance and transference.	Masterson JF.	1978	2	Pubmed
Psychotherapy with borderline patients: I.A comparison between treated and untreated cohorts	Meares R; Stevenson J; Comerford A	1999	3	Cinhal
Treatment of patients in the borderline spectrum: an overview.	Meissner WW.	1993	3	Pubmed
Le clown sympathique-empathique en USP pour adultes : une alliance thérapeutique dans la joie	Meunier S.	2009	3	BDSP
Borderline personality disorder and adolescence	Miller AL; Neft D; Golombeck N	2008	3	Cinhal
The formal treatment contract in the inpatient management of borderline personality disorder.	Miller LJ.	1990	2	Pubmed
Increasing staff knowledge of and improving attitudes toward patients with borderline personality disorder	Miller SA; Davenport NC	1996	3	Cinhal
The 4-Point ordinal Alliance Self-report : a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health	Misdrahi D.	2009	3	BDSP
A narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency.	Modell AH	1975	3	Pubmed

The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder : protocol for an exploratory randomised controlled trial	Moran P, Borschmann R, Flach C, Barrett B, Byford S, Hogg J, Leese M, Sutherby K, Henderson C, Rose D, Slade M, Szmukler G, Thornicroft G.	2010	3	Pubmed
Troubles autistiques et troubles envahissants du développement : la question de l'alliance thérapeutique avec les familles d'enfants pris en charge à l'hôpital de jour	Morel Fatio	2007	3	BDSP
A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness.	Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, Jankowski MK, Bolton EE, Lu W, Hamblen JL, Rosenberg HJ, McHugo GJ, Wolfe R.	2008	3	Pubmed Cochrane
Implementation of outpatient schéma therapy for borderline personality disorder : study design	Nadort M, Arntz A, Smith JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, Van Asselt T, Wensing M, Van Dyck R.	2009	3	Pubmed
Long working hours and risk for hypertension in Japanese male white collar workers	Nakanishi N; Yoshida H; Nagano K; Kawashimo H; Nakamura K; Tatara K	2001	3	Cinhal
Being a case manager for persons with borderline personality disorder: perspectives of community mental health center clinicians	Nehls N	2000	3	Cinhal
Angina pectoris, job stain, and social status: a cross-sectional study of employed urban citizens	Netterstrøm B; Kristensen TS; Møller L; Jensen G; Schnohr P	1998	3	Cinhal
Working with borderline personality disorder: nursing interventions using dialectical behavioral therapy	Osborne LL; McComish JF	2006	6	Cinhal
Dialectical behavioral therapy: a working perspective	Parker L	2001	3	Cinhal

Subject and interviewer determinants of the adequacy of the dynamic interview	Perry JC, Fowler JC, Howe AG	2008	6	Cinhal
Subject and interviewer déterminants of the adequacy of the dynamic interview	Perry JC, Fowler JC, Howe AG.	2008	3	Pubmed
Dynamic therapy with suicidal and self-destructive borderline patients: alliance based therapy can be a powerful intervention	Plakun EM	2009	6	Cinhal
A view from Riggs : treatment résistance and patient authority-XI. An alliance based intervention for suicide	Plakun EM.	2009	3	Pubmed
A review of supportive psychotherapy, 1986-1992	Rockland LH	1993	3	Cinhal
An evaluation of ambulatory psychotherapy	Rosenbaum B, Valbak K.	1989	3	Pubmed
Combined medication and dialectical behavior therapy for borderline personality disorder	SC; Rafferty MP	2008	3	Cinhal
Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability	Schuchard K, Gebhardt M, Mäehler C	2010	3	Cinhal
First do no harm: short-term inpatient psychotherapy of the borderline patient.	Sederer LI, Thorbeck J.	1986	3	Pubmed
The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence.	Shapiro ER, Shapiro RL, Zinner J, Berkowitz DA.	1977	2	Pubmed
Comparison of cognitive function in deaf children between before and after cochlear implant...Asia-Pacific symposium on Cochlear Implant and Related Sciences (APSCI)	Shin M; Kim S; Kim S; Park M; Kim C; Oh S	2007	3	Cinhal
Evaluation of a strategy to improve undergraduate experience in obstetrics and gynaecology	Siassakos D; Timmons C; Hogg F; Epee M; Marshall L; Draycott T;	2009	3	Cinhal
BPD and the need for community: a social worker's perspective	Smith M	2008	3	Cinhal

Hypertension associated factors and blood pressure among adolescent workers	Spinella C, Lamas JLT	2007	3	Cinhal
The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder	Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Kooiman K, Arntz A	2007	6	Pubmed Cochrane
Borderline personality disorder : toward integration	Stein DJ.	2009	6	Pubmed
Mental health services responding to men and their anger	Stewart D; Harmon K;	2004	3	Cinhal
Anorexia nervosa and the psychotherapeutic hospital.	Story I.	1982	3	Pubmed
Linehan's dialectical behaviour therapy (DBT) for borderline personality disorder: overview and adaptation	Swales M; Heard HL; Williams MG	2000	3	Cinhal
The efficacy of treatments for borderline personality disorder...second of two articles	Swift E	2009	3	Cinhal
Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men.	Taft CT, Murphy CM, Musser PH, Remington NA.	2004	3	Pubmed
The therapy seesaw: achieving therapeutically balanced approaches to working with emotional distress	Talkes K; Tennant A	2004	3	Cinhal
Effectiveness of education Programs in changing Clinicians' Attitudes Toward Treating Borderline Personality Disorder	Treloar AJ	2009	6	BDSP Cinhal
Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder	Treloar AJC; Lewis AJ;	2008	3	Cinhal
Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial	Treloar AJC; Lewis AJ;	2008	3	Cinhal

Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder.	Turner RM	2000	3	Pubmed
Protecting the therapeutic alliance in this time of changing health-care delivery systems : The therapeutic Relationship and health-care reform	Tuttman S.	1997	2	BDSP
A compelling desire for deafness	Veale D	2006	3	Cinhal
An investigation of executive function abilities in adults with Prader-Willi Syndrome	Walley RM; Donaldson MDC	2005	3	Cinhal
Assessment and management of personality disorders	Ward RK	2004	2	Cinhal
Borderline on insanity: misnomer, reviewing the case of condemned women	Warne T; McAndrew S	2007	3	Cinhal
Translation of risk: decision making in a cancer genetics service	Wood F, Prior L, Gray J	2003	3	Cinhal
"Destructive whirlwind": nurses perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder	Woollaston K; Hixenbaugh P	2008	6	Cinhal
The factor structure of a brief screening battery utilized within an acute mild traumatic brain injury population: a validity study	Wright JD	2003	3	Cinhal
Through the magnifying glass: underlying literacy deficits and remediation potential in childhood Apraxia of Speech	Zaretsky E; Velleman SL; Curro K;	2010	3	Cinhal
Occupation and risk of pancreatic cancer: a population-based case-control study in Iowa	Zhang Y; Cantor KP; Lynch CF; Zhu Y; Zheng T	2005	3	Cinhal

## 9.7. Annexe G : Littérature choisie

Critères d'inclusions :

1. Articles en français, anglais ou allemand
2. Articles répondant à ma question de recherches
3. Articles écrits et recherches menées par des professionnels
4. Articles, si possible, écrits et parus entre 2005 et 2010

Titre	Auteur	Année	Niveau de preuve	Grade
The therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders	Donna S. Bender	2005	5	3
Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder : a task analysis	Bennet D, Parry G., Ryle A.	2006	1	1
Cinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder	Bland AR, Rossen EK	2005	5	3
The effects of diagnosis and no-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric setting	Forsyth A.	2007	1	1
Adapting interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder	Markowitz JC, Bleiberg K, Pessin H, Skodol AE	2007	1	1
Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder	Warwar SH, Links PS, Greenberg L, Bergmans Y.	2008	6	3
Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité	Pierre Cousineau	1997	6	3

## 9.8. Annexe H : Tableau de recension des écrits scientifiques

### 9.8.1. Etude 1

John C. Markowitz, Kathryn Bleiberg, Hayley Pessin & Andrew E. Skodol (2007). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Journal of mental health, V.16 (1), P. 103 – 116

Auteurs / Année	Type d'étude ou devis	Echantillon (N et clientèle)	But / Q / H Concepts	Cadre de référence	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats / Conclusions
<b>Auteurs :</b> • John C. Markowitz, Department of Personality Studies, New York State Psychiatric Institute, New York. Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New York. And Department of Psychiatry, Columbia University	Etude empirique. Etude qualitative. Etude pilote ouverte Toute la population borderline, à condition qu'ils respectent les critères d'inclusion.	L'échantillon concernait les personnes ayant des troubles de la personnalité borderline. Les critères d'exclusion étaient les suivants : comorbidités schizoïdes et schizotypiques .	<b>But :</b> Cet article veut démontrer qu'il est possible d'adapter une psychothérapie interpersonnelle aux patients borderline. Il fait aussi office d'étude pilote dans le cadre de la tolérance de la thérapie et de sa faisabilité.	La psychothérapie interpersonnelle est centrée sur les affects et les réponses interpersonnelles. Elle se concentre sur la vie du patient à l'extérieur du cabinet du thérapeute. Les thérapeutes offrent aux patients réconfort et support, ce qui va aider le patient à résoudre ses problèmes.	Les patients borderline avaient droit à 18 sessions d'IPT durant 16 semaines, ainsi qu'à 10mn de téléphone par semaine afin d'apaiser les crises et maintenir un lien thérapeutique. Si cela ne passait bien, ils avaient droit à 16 semaines supplémentaires afin de continuer le traitement.	L'analyse a été effectuée selon plusieurs catégories : la conceptualisation du trouble de la personnalité borderline, la chronicité, les difficultés dans la formation et le maintien de l'alliance, la durée du traitement, le risque suicidaire, la terminaison du traitement, la sélection des patients.	Les Thérapies interpersonnelles peuvent apporter un traitement alternatif pour les patients borderline ayant des difficultés d'ordre interpersonnelles.

<p>College of Physicians &amp; Surgeons, New York, USA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kathryn Bleiberg. Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New York</li> <li>• Andrew E. Skodol.</li> <li>• Markowitz, Department of Personality Studies, New York State Psychiatric Institute, New York. And Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians &amp; Surgeons, New York, USA</li> </ul> <p><b>Année:</b> février 2007</p>		<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : comorbidités de troubles de l'humeur ou autres troubles de la personnalité, tentatives de suicides, troubles de l'appétit.</p> <p>Ils ont retenu 8 sujets : 7 femmes allant de 26 à 52 ans et un homme de 34 ans. L'un d'eux était marié, 2 divorcés. 4 étaient sans emploi, 3 avaient un emploi à mi-temps. 4 d'entre eux étaient blanches, 3 de type hispaniques et 2 étaient africains-américains.</p>	<p><b>Hypothèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPT est connue pour construire des liens sociaux et pour diminuer les symptômes dépressifs des patients. Il semble plausible que les IPT aient un effet bénéfique sur les patients ayant un trouble de la personnalité borderline, surtout ceux ayant des symptômes dépressifs et des difficultés interpersonnelles.</li> </ul>	<p>Ils vont aussi identifier et aborder les comportements maladaptés du patient lors des thérapies.</p> <p>Il y a quelques changements qui ont été effectués de la thérapie interpersonnelle de base. Ils y ont ajoutés : la conceptualisation du trouble, la chronicité du trouble, les difficultés de l'alliance dans le traitement, la longueur de l'intervention, le risque suicidaire, la préparation à la terminaison du traitement et enfin quels patients de type borderline ils peuvent traiter.</p>	<p>L'étude s'est déroulée dans l'institut psychiatrique de New York.</p>	<p>Les informations recueillies ont été placées dans un tableau statistique.</p>	<p>L'IPT pour les patients borderline est encore à une phase débutante. Cette étude détermine la faisabilité de la thérapie dans le traitement de certaines personnes de type borderline.</p>
--	--	--	--	---	--	--	---

**Résumé :**

BPD<sup>203</sup> est un syndrome complexe, car son diagnostic se base sur 5 des 9 caractéristiques du DSM IV, ce qui donne 256 combinaisons possibles des différents traits de personnalité. 2 des principales caractéristiques sont : une instabilité émotionnelle, ces personnes sont souvent déprimées et une instabilité des relations interpersonnelles. La thérapie comportementale et dialectique a démontré une efficacité dans le traitement des troubles de la personnalité borderline, elle est surtout centrée sur la construction de liens sociaux et pour diminuer les symptômes dépressifs des patients. Les IPT<sup>204</sup> sont structurées de manière à centrer le patient sur les succès ou les échecs ses relations interpersonnelles. La thérapie se concentre intensivement sur le développement de liens interpersonnels, résolvant les crises et les symptômes dépressifs. Les IPT se concentrent sur la vie du patient en dehors du cabinet de thérapie. Elle a été créée au départ pour traiter les troubles de l'axe1.

Il y a plusieurs changements dans les IPT à faire afin qu'elle devienne compatible avec la BPD :

- La conceptualisation de la BPD
- La chronicité
- Les difficultés dans la formation et le maintien de l'alliance thérapeutique
- La durée du traitement
- Le risque suicidaire
- La fin du traitement
- La sélection des patients

---

<sup>203</sup> Borderline Personality disorder

<sup>204</sup> Psychothérapie interpersonnelle

**9.8.2. Etude 2**

Ann R. Bland, Eileen K. Rossen (2005). *Clinical Supervision of Nurses Working with Patients with Borderline Personality Disorder*. Issues in Mental Health Nursing, V.26, P. 507 – 517

Auteurs / Année	Type d'étude ou devis	Echantillon (N et clientèle)	But / Q / H Concepts	Cadre de référence	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats / Conclusions
<b>Auteurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ann R. Bland, PhD<sup>205</sup>, RN<sup>206</sup>, CS<sup>207</sup>, Eastern Kentucky University, Richmond, Kentucky, USA</li> <li>• Eileen K. Rossen, PhD, RN<sup>208</sup>, University of North Carolina, Greensboro, North Carolina, USA</li> </ul>	Revue de la littérature, publiée dans « Issues in Mental Health Nursing ». Recherche de type qualitatif.	Infirmières travaillant avec des personnes ayant des troubles de la personnalité borderline.	<b>But :</b> <b>Questions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypothèse :</b></li> <li>• Une étude d'infirmières, s'occupant de personnes ayant des troubles de la personnalité borderline, a démontré que cette population de patients était</li> </ul>	L'article se base sur le DSM-IV et décrit la personnalité borderline. La supervision clinique des infirmières a été recommandée dans la littérature psychiatrique depuis quelques temps déjà, et elle semble particulièrement nécessaire avec les infirmières	Elle se base sur 8 autres recherches sur les effets de la supervision.	L'analyse est séparée en 4 thèmes, sur les effets thérapeutiques de la supervision clinique dans le cadre du traitement des personnes de type borderline.	La supervision clinique a déjà été recommandée dans la littérature psychiatrique. Elle peut apporter validation, aider à se recentrer sur ses émotions et représenter un système de support pour les infirmières qui travaillent avec des BPD.

<sup>205</sup> Personne possédant un doctorat, Doctor of Philosophy

<sup>207</sup> Certified specialist

<sup>208</sup> Registered Nurse : professionnel des soins de santé responsable d'exercer sa pratique au travers d'un processus de soins infirmiers, en regard avec d'autres professionnels.

<p><b>Année:</b> Publiée dans « Issues in Mental Health Nursing » en 2005. Droit d'auteur à Taylor &amp; Francis Inc.</p>			<p>difficile à manager et traiter et que les infirmières avaient besoin d'une plus longue formation et plus d'entraînement pour les aider à travailler avec ces individus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une infirmière clinicienne spécialiste pourrait alors apporter un soutien émotionnel au personnel infirmier, ce qui pourrait augmenter la satisfaction, car ils luttent constamment pour maintenir un comportement thérapeutique avec ces individus.</li> </ul>	<p>travaillant avec des patients borderline. Quelques modèles de supervision clinique indiquent qu'elle peut inclure de l'éducation sur la dynamique du patient, les réponses de l'équipe et les effets de ces décisions de groupe sur le traitement. Le support émotionnel est nécessaire aussi aux infirmières, car elles ont besoin de prendre conscience de leurs émotions pour être mieux.</p>			<p>Durant ces séances, elles peuvent explorer de nouvelles techniques thérapeutiques, attitudes, clarifications éthiques. Ce support est nécessaire, surtout lors des moments les plus conflictuels de la relation.</p>
---	--	--	---	---	--	--	---

**Résumé :**

Les infirmières décrivent les BPD<sup>209</sup> comme les patients les plus difficiles à traiter. Une étude a révélé que cette population de patients était ardue à traiter et manager et que les infirmières avaient besoin d'une éducation et d'un entraînement pour les aider à travailler avec ces individus.

Le DSM IV décrit les BPD comme manifestant des problèmes dans le maintien de relations interpersonnelles, avec des phases d'idéalisation et de dévalorisation, des comportements autodestructeurs, de l'impulsivité, les comportements sexuels parfois inadéquats, des automutilations, des tentatives de suicide...

La supervision clinique a été recommandée depuis longtemps, elle semble particulièrement nécessaire avec les infirmières travaillant avec des BPD. Cette supervision clinique peut inclure de l'éducation sur : la dynamique de ces patients, les réponses des professionnels, l'effet des décisions de groupes sur le traitement.

Dans cette relation avec les BPD, les infirmières ont besoin de prendre conscience de leurs émotions et de leurs comportements, ce qu'elles peuvent trouver dans la supervision clinique.

---

<sup>209</sup> Borderline Personality disorder

**9.8.3. Etude 3**

A. Forsyth (2007). *The Effects of Diagnosis and Non-compliance Attributions on Therapeutic Alliance Processes in Adult Acute Psychiatric Setting*. Journal of psychiatric and Mental Health nursing, V.33, P. 33 – 40

<b>Auteurs / Année</b>	<b>Type d'étude ou devis</b>	<b>Echantillon (N et clientèle)</b>	<b>But / Q / H Concepts</b>	<b>Cadre de référence</b>	<b>Méthode de collecte</b>	<b>Méthode d'analyse</b>	<b>Résultats / Conclusions</b>
<p><b>Auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A. Forsyth, infirmière consultante, service d'internement pour adulte, en Angleterre.</li> </ul> <p><b>Année:</b> Paru dans le « Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing », en 2007</p>	<p>C'est une recherche empirique de type qualitative. Avec un facteur de design en 2x2x2.</p>	<p>Il y avait 4 patients sévères hospitalisés dans l'unité intensive de psychiatrie de l'hôpital psychiatrique NHS Trust. Le nombre total de l'équipe regroupait 120 professionnels de la santé mentale.</p>	<p><b>But :</b> Investiguer les différents effets d'un diagnostic de BPD<sup>210</sup> et de dépression majeure, en donnant un éclairage sur les raisons de la non-compliance des patients, les tâches thérapeutiques, l'aide apportée par les professionnels de la santé, l'empathie et les réactions de colère.</p>	<p>La relation « one-to-one » est la plus commune utilisées par les infirmières en psychiatrie. Cette relation a 4 phases : orientation, identification, exploitation et résolution. L'attitude des infirmières est le plus important des facteurs pour faciliter le passage aux différentes phases.</p>	<p>Les infirmières ont été sollicitées pour remplir des vignettes et une échelle de notation pour les réactions d'aide, d'empathie et de colère. 8 vignettes cliniques ont été construites et contenaient une combinaison de dimensions contrôlables / incontrôlables et stables / instables. L'étude prend en compte différentes</p>	<p>26 questionnaires ont été retournés. Les 3 critères d'empathies ont été placés dans des tableaux en regard avec les différents diagnostics. Les résultats de la récolte sont repris en vue des recherches déjà effectuées auparavant dans la littérature. Il y a aussi un regard sur le futur qui est abordé.</p>	<p>L'étude démontre une tendance à aller vers des combinaisons de comportements contrôlables avec une stabilité de la colère, de l'empathie et des comportements aidants. Les professionnels de la santé ont montré plus de réactions négatives envers les clients avec un diagnostic de BPD.</p>

<sup>210</sup> Borderline Personality Disorder

			<p><b>Questions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>comment le processus cognitif des professionnels varie selon les différents diagnostics des patients et quel effet il y a sur leurs réactions émotionnelles et leurs comportements d'aidants.</li> </ul>	<p>Les composantes de l'alliance thérapeutique sont : les tâches, les buts et les obligations</p>	<p>variables : le diagnostic et la stabilité émotionnelle. Pour mesurer l'effet de l'empathie, les auteurs ont ajouté 3 variables dépendantes : colère, empathie, comportement aidant.</p>		
--	--	--	---	---	--	--	--

**Résumé :**

BPD a été défini comme personne ayant une instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et étant impulsive. Il est essentiel pour les infirmières qui passent la plupart du temps avec ces patients d'être conscientes de leurs attitudes envers ses patients, car sinon cela pourrait influencer négativement l'alliance de travail et son processus.

La thérapie duelle comporte 4 phases : l'orientation, l'identification, l'exploration et la résolution (Peplau). Pour favoriser le passage aux différentes phases l'infirmière requiert plusieurs caractéristiques : être intéressée, amicale, prendre soins, être compréhensive, être passionnée par son travail et traiter le client comme un humain devenant.

L'alliance thérapeutique a 3 composantes : les tâches, les buts et les obligations.

La recherche suggère que les infirmières montrent une plus grande colère envers les clients qui n'accomplissent pas leurs tâches dans le cas où ils sont contrôlables et stables. On remarque aussi que les infirmières rendent plus volontiers service aux personnes ayant un diagnostic MDD<sup>211</sup> que ceux ayant un diagnostic de BPD. Le dernier tableau montre que les infirmières sont moins aidantes, ont moins d'empathie et sont plus en colère lorsqu'elles travaillent avec des BPD.

Il y a un besoin de développer une réflexion avec les travailleurs de la santé mentale dans le cadre du traitement des BPD.

<sup>211</sup> Major depressive disorder

**9.8.4. Etude 4**

Serine H. Warwar, Paul S. Links, Leslie Greenberg, Yvonne Bergmans (2008). *Emotion-Focused Principles for Working with Borderline Personality Disorder*. Journal of Psychiatric Practice, V.14, P. 94 – 104

Auteurs / Année	Type d'étude ou devis	Echantillon (N et clientèle)	But / Q / H Concepts	Cadre de référence	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats / Conclusions
<p><b>Auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serine H. Warwar, PhD<sup>212</sup>, C Psych<sup>213</sup></li> <li>• Paul S. Links, MD<sup>214</sup></li> <li>• Leslie Greenberg, PhD, C Psych</li> <li>• Yvonne Bergmans, MSW<sup>215</sup>, RSW<sup>216</sup></li> </ul> <p><b>Année:</b> Paru dans le</p>	Discussion. Recherche qualitative en revue de la littérature.	Toutes les personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Personnes travaillant avec les thérapies centrées sur les émotions.	<b>But :</b> Discussion sur la fonction des émotions, son importance dans le traitement d'individus ayant des troubles de la personnalité borderline et l'intégration des principes de la thérapie EFT dans les thérapies.	L'APA <sup>217</sup> recommande la psychothérapie comme principal traitement de la BPD <sup>218</sup> en association avec une pharmacothérapie en lien avec les symptômes de la personne. Travailler avec une thérapie centrée sur les émotions a	Ils ont pris une base théorique concernant les thérapies centrées sur les émotions (EFT) et en font une discussion.	Il y a une illustration et une discussion sur différents points. Ces illustrations sont mises en commun avec les différentes caractéristiques de la personnalité borderline. Les différents thèmes abordés sont :	L'intégration des principes de l'EFT dans la thérapie des patients avec des troubles de la personnalité borderline est faisable, acceptable et aidante.

<sup>212</sup> Personne ayant un doctorat, Doctor of Philosophy

<sup>213</sup> Certified Psychologist

<sup>214</sup> Docteur en médecine

<sup>215</sup> Masters of social Work

<sup>216</sup> Registred social worker

<sup>217</sup> Américan psychiatric association

<sup>218</sup> Borderline Personality disorder

« Journal of Psychiatric Practice » en Mars 2008			<p><b>Hypothèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intégration des principes de la EFT dans la thérapie des personnes ayant des troubles de la personnalité borderline nous promet d'être aidante afin de traiter les symptômes de ces patients.</li> </ul>	démontré être une psychothérapie fondamentale pour plusieurs pathologies psychologiques. Le cadre prend en compte l'importance et la fonction des émotions, les difficultés du processus des émotions dans le trouble de la personnalité borderline et l'intégration des émotions dans les thérapies des BPD.		évaluation des émotions dans le traitement, prévision d'une alliance thérapeutique forte, régulation des émotions, psychoéducation en regard avec les expériences émotionnelles, transformer les expériences émotionnelles...	Des études supplémentaires sont nécessaires pour tester l'efficacité de l'EFT dans la composition des thérapies pour les BPD. Le développement d'une sensibilisation des émotions est le facteur premier de bon résultats de la thérapie.
--	--	--	---	---	--	---	---

**Résumé**

Les différentes recherches sur les émotions sont d'accord sur le fait que les émotions font partie de notre système adaptatif, elles nous transmettent des informations sur la signification des événements que nous traversons, notre bien être, organisent nos actions, nos intentions et nos besoins. Dans les EFT<sup>219</sup>, le patient doit prendre conscience de ses émotions, doit être cognitivement orienté vers l'expérience de cette émotion, l'explorer, réfléchir sur celle-ci et lui donner un sens. Le patient devra alors déterminer quand il doit se laisser changer par cette émotion ou quand il doit changer d'émotion.

Rachman décrit le processus de cette approche en 2 étapes : l'activation et l'expérience d'une émotion, puis prendre conscience, examiner la signification de l'émotion pour favoriser une transformation ou un changement de celle-ci.

Stratégies : Examiner le type de processus d'analyse des émotions, établir une alliance thérapeutique forte, utiliser l'empathie et valider les émotions, la régulation des émotions est un point important de la thérapie, la psychoéducation en regard avec les émotions est un point fondamental de la thérapie, le thérapeute est vu comme un coach des émotions qui fait des interventions et donne des devoirs, le premier mécanisme de l'EFT et de transformer les schémas des émotions.

En prévision d'une bonne alliance thérapeutique, le thérapeute doit se montrer empathique et doit valider les émotions du patient.

---

<sup>219</sup> Emotion focused therapy

**9.8.5. Etude 5**

Donna S. Bender (2005). *The Therapeutic Alliance in The Treatment of Personality Disorders*. Journal of Psychiatric Practice, V.11, P. 73 – 87

Auteurs / Année	Type d'étude ou devis	Echantillon (N et clientèle)	But / Q / H Concepts	Cadre de référence	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats / Conclusions
<p><b>Auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Donna S. Bender, PhD (titulaire d'un doctorat, Doctor of Philosophy), Colombia University College of Physicians and Surgeons, and New York State Psychiatric Institute.</li> </ul> <p><b>Année:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paru en 2005 dans le « Journal of Psychiatric Practice »</li> </ul>	<p>Recherche en revue de la littérature, imagée par des exemples de situations réelles. Etude qualitative</p>	<p>L'échantillon concerne uniquement les personnes souffrant de troubles de la personnalité. La clientèle est divisée en 3 différentes catégories :</p> <p>La classe excentrique : personnalité schizotypique, schizoïde et paranoïaque. La classe dramatique : personnalité borderline, personnalité narcissique, histrionique,</p>	<p><b>Hypothèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La classe dramatique dans laquelle se situe les personnalités borderline ont la réputation de pousser les limites. En conséquence, les cliniciens ont besoin d'exercer de bons soins afin de créer une alliance avec ces personnes.</li> </ul>	<p>L'alliance thérapeutique, dans le langage psycho analytique est définie comme la capacité du patient à former une alliance rationnelle qui montre à l'analyste de travailler avec des éléments sains aidant le patient contre sa pathologie et ses résistances. L'alliance est composée de : tâches, buts et liens.</p>	<p>Les auteurs ont mis en lien les différents types de personnalité avec des exemples issus de la pratique.</p>	<p>Les auteurs ont cité différentes définitions de l'alliance thérapeutique, ils ont ensuite donné des exemples par rapport aux différentes personnalités. Ensuite il y a une discussion sur les différentes classes de troubles de la personnalité. Les auteurs font un listing des différentes recommandations pour augmenter l'alliance thérapeutique</p>	<p>Etablir une alliance requiert un grand sens de l'empathie et une atténuation de la manière dont le patient voit le monde. Une attention particulière à l'alliance doit être portée, surtout lorsque l'on travaille avec des BPD. Des recherches ont montré que construire une alliance était importante, mais aussi que cette alliance était vitale au début du traitement.</p>

		<p>personne antisociale, personnalités à caractères sadomasochistes. Et la classe de l'anxiété et de la peur :</p> <p>personnalité dépendante, évitante, troubles obsessionnels compulsifs.</p>		<p>Des problèmes dans le traitement peuvent entrainer des abandons prématurés de thérapie. Les différents types de troubles de la personnalité sont ensuite explicités.</p>		<p>selon les différentes personnalités et selon les différentes thérapies.</p>	
--	--	---	--	---	--	--	--

**Résumé :**

Former une alliance est très difficile surtout lorsque le thérapeute travaille avec des personnes de type borderline, car leurs comportements et leurs attitudes vont influencer leur engagement envers ce dernier.

Le concept de l'alliance thérapeutique a été décrit par Freud comme l'intérêt et la sympathie que le thérapeute portait au patient en vue d'un traitement collaboratif. Bordin identifie dans cette alliance 3 composantes : les tâches, les buts et les obligations.

La personnalité borderline décrite par Kernberg : Personnalité criblée de comportements et d'impulsions agressives qui détruit constamment les images positives que se fait la personne d'elle-même ou des autres. Une forte alliance et un bon traitement sont dépendants de 2 facteurs :

1. Le patient et le thérapeute sont liés par un engagement solide jusqu'à ce que le patient observe des gains.
2. Ils mettront l'accent sur l'expression de la rage et des agressions sans peur des représailles.

Psycho dynamique, psychothérapie et psychanalyse : Pour le traitement avec les personnalités borderline il semble adéquat d'avoir des communications empathiques, mais aussi d'aider le patient à se sentir écouté et compris.

La thérapie cognitivo-comportementale serait plus adaptée au traitement des personnalités borderline.

Etablir une alliance thérapeutique requiert beaucoup d'empathie afin d'atténuer la manière dont le patient voit le monde.

**9.8.6. Etude 6**

Dawn Bennett, Glenys Parry and Anthony Ryle (2006). *Resolving Threats to The Therapeutic Alliance in Cognitive Analytic Therapy of Borderline Personality Disorder : A Task Analysis*. Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice. The british Psychological Society, V.79, P. 395 – 418

<b>Auteurs / Année</b>	<b>Type d'étude ou devis</b>	<b>Echantillon (N et clientèle)</b>	<b>But / Q / H Concepts</b>	<b>Cadre de référence</b>	<b>Méthode de collecte</b>	<b>Méthode d'analyse</b>	<b>Résultats / Conclusions</b>
<b>Auteurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dawn Bennett, Lancashire Care NHS Trust Clinical Psychology UK, University of Sheffield School of Health &amp; Related Research UK</li> <li>• Glenys Parry, University of Sheffield School of Health &amp; Related Research UK</li> <li>• Anthony Ryle,</li> </ul>	Etude qualitative. Analyse de cas. Etude rationnelle et empirique.	Personnes âgées entre 18 et 50 ans, de l'hôpital de Guy à Londres, ayant un diagnostic de personnalité borderline.	<b>But :</b> Tester et affiner un modèle : comment les thérapeutes résolvent les ruptures d'alliance thérapeutique en tenant compte des difficultés relationnelles dans la thérapie cognitive des personnalités borderline. 1. Construire un modèle empirique sur la manière	La qualité de l'alliance thérapeutique est le meilleur prédicateur du déroulement de la thérapie. L'activité du thérapeute et ses attributs influence cette alliance. Une des technique inclut : exploration, réflexion, support, thérapies réussies dans le passé, faciliter l'expression des	Ils ont utilisé des méthodes standard pour identifier les critères diagnostiques des personnalités borderline qui pouvaient expliciter des mauvais ou bons résultats. Si les résultats étaient bon, ils ont examiné les fluctuations de l'alliance thérapeutique durant la thérapie	La méthode d'analyse s'est faite en 2 étapes : préparer et coder les entretiens pour révéler les performances et les actions des thérapeutes et ensuite le détailler en rapport avec un modèle rationnel. Ils ont simplifié les tâches des thérapeutes et les ont développer de manière	Il en ressort un schéma qui indique un processus. Ce schéma comprend : Marqueur, prise de conscience, exploration, explication, négociation, consensus, explications futures, nouvelles voies de la relation, cloture.

<p>Munro Centre Guy's Hospital UK</p> <p><b>Année:</b> Paru dans « Psychology and Psychotherapy : theory, Research and Practice » en 2006</p>			<p>dont les CAT<sup>220</sup> thérapeutes résolvent les ruptures de l'alliance thérapeutique</p> <p>2. Comparer les actions des CAT thérapeutes lorsqu'ils rencontrent de mauvais résultats.</p>	<p>affects, être actif, affirmer, comprendre et attendre l'expérience du patient.</p>	<p>en se basant sur une échelle d'alliance. En écoutant les cassettes, ils ont identifié les événements qui pouvaient influencer l'alliance. Chaque rupture d'alliance à été qualifiée de résolue, non- résolue ou partiellement résolue sur la base de critères prédéterminés. Chaque patient à rempli un questionnaire d'expérience de thérapie. Pour retranscrire les entretiens ils ont utilisé une méthode de codage.</p>	<p>compréhensive.</p>	
---	--	--	--	---	--	-----------------------	--

---

<sup>220</sup> Cognitive analytic therapy

**Résumé :**

La qualité de l'alliance thérapeutique est le facteur prédictif d'un bon résultat de la thérapie. Les techniques qui influencent de manière positive l'alliance sont les suivantes : l'exploration, la réflexion, le support, le succès des anciennes thérapies, l'expression des sentiments, le fait d'être actif, affirmer, comprendre et accepter les expressions des patients. Le thérapeute doit être : intéressé, flexible, honnête, respectueux, vrai, confident et ouvert.

Les auteurs ont choisi de prendre une CAT<sup>221</sup> afin d'effectuer leur recherche. Leur recherche leur a permis de construire un modèle rationnel qui se base en 8 étapes.

1. Marquer
2. Prendre conscience
3. Explorer
4. Relier et expliquer
5. Négocier
6. Consensus
7. Expliquer plus tard
8. Nouvelles voies
9. Clôture

Durant cette thérapie, le thérapeute offre validation et support au patient, pour que ce dernier réapprenne à exprimer ses sentiments, utiliser de manière individuelle la reformulation et à développer une collaboration avec son thérapeute pour qu'il lui explique pourquoi certaines expériences ne peuvent pas être assimilées.

---

<sup>221</sup> Cognitive analytic therapy

**9.8.7. Etude 7**

Pierre Cousineau (1997). *Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité*. Santé mentale au Québec, V.22 (1), P. 5 – 15

<b>Auteurs / Année</b>	<b>Type d'étude ou devis</b>	<b>Echantillon (N et clientèle)</b>	<b>But / Q / H Concepts</b>	<b>Cadre de référence</b>	<b>Méthode de collecte</b>	<b>Méthode d'analyse</b>	<b>Résultats / Conclusions</b>
<p><b>Auteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pierre Cousineau, Ph. D., psychologue en pratique privée</li> </ul> <p><b>Année:</b> Paru dans « santé mentale au Québec » en 1997</p>	Recherche en revue de la littérature. Recherche qualitative.	Cet article concerne uniquement les professionnels travaillant avec des personnalités de type borderline.	<p><b>But :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner aux professionnels des moyens pour conserver une relation thérapeutique avec les patients limites.</li> </ul> <p><b>Hypothèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est impossible de s'immuniser contre le fait d'avoir des réactions émotives face aux patients limites, mais il est possible de prévenir que ces réactions deviennent</li> </ul>	Le niveau objectif/relationnel, il tient compte des différentes caractéristiques des patients borderline. Le niveau réactif, qui fait référence aux réactions émotives ou contre-transférentielle du clinicien.	Recherche en revue de la littérature. Le chercheur a pris un auteur de référence : Linehan. Sa méthode de collecte des données n'a pas été développée. Mais on peut y voir ressortir, une sélection d'auteurs reconnus, une sélection d'articles parus sur la personnalité borderline et parus dans la même revue.	Le chercheur a mis en commun plusieurs théories trouvées dans différents livres présents dans la littérature. Ils sont classés en différentes dimensions : biologique, hospitalisation, risque suicidaire, contre-transfert,	Malgré la complexité de la personnalité limite et la diversité des approches un consensus est en train de se former. Il veut favoriser les hospitalisations centrées sur la résolution des crises. Il existe différentes conceptualisations, l'auteur pense que cela serait dû aux multiples facettes de la personnalité borderline. Une intervention stratégique axée sur l'adaptation pourrait s'avérer l'intervention de choix lorsque le

			contre-thérapeutique, voire même nuisibles pour le patient et/ou le thérapeute.				patient est dans l'agir. Les cliniciens peuvent difficilement rester neutres lorsqu'ils sont en contact avec ces personnes. Il serait bénéfique pour les professionnels de reconnaître leurs réactions plutôt que de le minimiser.
--	--	--	---	--	--	--	--

**Résumé :**

De nombreux cliniciens considèrent la personnalité borderline comme étant la plus ardue à traiter, cela serait dû à l'intensité de leurs réactions émotives.

Afin de prévenir les réactions des cliniciens pouvant être nuisibles, ils doivent tenir compte de deux choses :

1. La réalité objective ou le niveau objectif/relationnel : points de repères.
2. La réalité subjective ou le niveau réactif : = nos réactions émotives ou contre transférentielles.

La dimension biologique : une médication est nécessaire lors d'épisodes psychotiques, la cause de ce trouble serait dû à une famille dysfonctionnelles dans laquelle ils auraient subi des traumatismes psychologiques significatifs.

L'hospitalisation : La tendance actuelle favorise une approche centrée sur la résolution des crises. On recommande une hospitalisation prolongée lorsque les patients représentent une dangerosité importante.

Le risque suicidaire : 10% des patients borderline vont essayer de se suicider. Le suicide est le seul pouvoir qu'il leur reste, car dans leur vie ils se sentent impuissants face à leur souffrance.

Le contre-transfert : Le clinicien attribue la responsabilité de ses réactions à l'attitude du patient ou les attribues aux autres membres de l'équipe. L'intervention auprès de ce type de patient nécessite une supervision / consultation.

## 9.9. *Annexe I : Gradation des faits : niveaux de preuve*<sup>222</sup>

### **Niveau 1**

- Essais comparatifs randomisés avec des résultats indiscutables
- Méta-analyse d'une multitude d'études expérimentales à l'aveugle, contrôlées
- Analyse de décision

### **Niveau 2**

- Diverses études à l'aveugle, contrôlées

### **Niveau 3**

- Etudes quasi expérimentales

### **Niveau 4**

- Etude rétrospective de cohorte (historique)
- Etudes cas-témoin
- Etudes non expérimentales

### **Niveau 5**

- Pas de groupe de sujets contrôles
- Séries de patients, rapports de cas
- Evaluation de programmes

### **Niveau 6**

- Opinions de spécialistes reconnus, de comités d'experts, manuels de cours

---

<sup>222</sup> Document de cours : Chris Schoepf (2009), Méthodologie Bachelor 07 : revue de la littérature & recherche en soins infirmiers, HES-SO Valais/Wallis filière soins infirmiers.

## **9.10. Annexe J : Gradation des recommandations<sup>223</sup>**

### **Grade 1**

Fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve

### **Grade 2**

Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve

### **Grade 3**

Fondée sur des études de moindre niveau de preuve

---

<sup>223</sup> Document de cours : Chris Schoepf (2009), Méthodologie Bachelor 07 : revue de la littérature & recherche en soins infirmiers, HES-SO Valais/Wallis filière soins infirmiers.