

# Infirmière de pratique avancée et médecin psychiatre : un partenariat harmonieux. À propos d'un cas de trouble de la personnalité borderline

Aurélie Florentin, Pascal Favre, Soumia Rebihi

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE** 2024/2 (VOLUME 100), PAGES 127 À 132  
ÉDITIONS JOHN LIBBEY EUROTEXT

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2024.2687

Article disponible en ligne à l'adresse  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2024-2-page-127.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Infirmière de pratique avancée et médecin psychiatre : un partenariat harmonieux. À propos d'un cas de trouble de la personnalité borderline

Aurélie Florentin<sup>1,2</sup>

Pascal Favre<sup>1,3</sup>

Soumia Rebihi<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> CMP, 84 rue Paul et Camille Thomoux  
93330 Neuilly-sur-Marne

<sup>2</sup> Infirmière de pratique avancée

<sup>3</sup> Psychiatre

Rubrique dirigée  
par Martin Reca

**Résumé.** Le médecin psychiatre est en première ligne pour les soins prodigués à une jeune femme de 27 ans qui souffre de trouble de personnalité borderline. L'impulsivité, l'intensité dans les relations interindividuelles et la comorbidité addictive imposent une pluralité des intervenants. En complémentarité avec le médecin psychiatre, l'infirmière de pratique avancée (IPA), formée aux soins en santé mentale, propose un suivi thérapeutique, un soutien, une écoute attentive, des conseils pratiques et des compétences en gestion de crise. Elle aide la patiente à développer des stratégies d'adaptation saines et améliorer son estime de soi. Le partenariat entre le médecin psychiatre et l'IPA est basé sur une communication étroite et une collaboration constante. Ils partagent des informations sur l'évolution de la patiente, discutent des ajustements nécessaires dans le traitement et coordonnent leurs actions pour garantir une approche cohérente. Ce partenariat apporte un soutien optimal aux personnes souffrant de troubles de la personnalité, leur offrant ainsi les meilleures chances de rétablissement et d'amélioration de leur qualité de vie.

**Mots clés :** infirmier en pratique avancée, psychiatre, partenariat, cas clinique, trouble de la personnalité, état limite

**Abstract.** An advanced practice nurse and a psychiatrist: A harmonious partnership. About a case of borderline personality disorder. The psychiatrist is on the front line of care for a twenty-seven-year-old woman suffering from borderline personality disorder. Her impulsivity, intensity of inter-individual relationships, and addictive comorbidity mean that there is a need for a wide range of professionals. Working alongside the psychiatrist, the advanced practice nurse, trained in mental health care, offers therapeutic follow-up, support, attentive listening, practical advice, and crisis management skills. She helps the patient to develop healthy coping strategies and improve her self-esteem. The partnership between the psychiatrist and the nurse is based on close communication and continuous collaboration. They share information on the patient's progress, discuss necessary adjustments in treatment, and coordinate their actions to ensure a consistent approach. This partnership provides optimum support for people suffering from personality disorders, giving them the best possible chance of recovery and improving their quality of life.

**Keywords:** advanced practice nurse, psychiatrist, partnership, clinical case, personality disorder, borderline state

**Resumen.** Enfermera de práctica avanzada y médico psiquiatra: una colaboración armoniosa. Un caso de trastorno límite de la personalidad. El médico psiquiatra se encuentra en primera línea de los cuidados de una mujer de 27 años que padece un trastorno límite de la personalidad. La impulsividad, las intensas relaciones interpersonales y la comorbilidad adictiva hacen necesaria la intervención de varias personas. Junto con el psiquiatra, la enfermera de práctica avanzada (EPA), formada en atención a la salud mental, ofrece seguimiento terapéutico, apoyo, escucha atenta, consejos prácticos y habilidades de gestión de crisis. Ayuda a la paciente a desarrollar estrategias de adaptación sanas y a mejorar su autoestima. La asociación entre el psiquiatra y la EPA se basa en una comunicación estrecha y una colaboración constante. Comparten información sobre el progreso de la paciente, discuten cualquier ajuste necesario en el tratamiento y coordinan sus acciones para garantizar un enfoque coherente. Esta colaboración proporciona un apoyo óptimo a las personas con trastornos de la personalidad, ofreciéndoles las mejores posibilidades de recuperación y mejorando su calidad de vida.

**Palabras clave:** enfermera de práctica avanzada, psiquiatra, colaboración, caso clínico, trastorno de la personalidad, estado límite

Correspondance : P. Favre  
[p.favre@epsve.fr](mailto:<p.favre@epsve.fr>)

## Introduction

L'IPA est une personne ressource supplémentaire dans le système de santé, elle œuvre dans le cadre d'une pratique collaborative effective et de confiance avec l'équipe médicale, offrant une possibilité de réponse aux difficultés que rencontrent les soignants dans l'accès et la fluidité des parcours de soins des personnes concernées. C'est une ressource pour les partenaires médicaux et sociaux du bassin de population concerné [1].

La pratique infirmière avancée fait l'objet d'un nombre croissant d'études et cet article vise à présenter la manière dont nous avons mis en œuvre les fonctions d'infirmières en pratique avancée (APN) au sein d'un centre médico-psychologique en psychiatrie adulte.

Les freins au développement [2] de la pratique infirmière avancée sont bien connus : la confusion avec d'autres fonctions infirmières de la part des supérieurs hiérarchiques, le sous-emploi des compétences des IPA et la réticence du corps médical à travailler en partenariat efficient avec les IPA.

Nous illustrons dans cet article, à propos d'un cas clinique, la manière dont les IPA de notre service ont informé et sensibilisé leurs collègues quant à leurs compétences d'infirmières expertes en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie, et réellement contribué à une prise en charge clinique réinterrogée et renouvelée des personnes soignées.

## Contexte

La loi de modernisation de notre système de santé (article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) pose un cadre juridique de la pratique avancée des auxiliaires médicaux et permet de répondre aux enjeux de santé publique. La pratique avancée est coordonnée et en lien avec le ou les psychiatres de l'équipe pour répondre de manière plus efficiente aux besoins des patients face à un contexte national de vieillissement de la population, d'un nombre croissant de demandes de soins pour des pathologies chroniques, d'une réorganisation du parcours de soins et bien sûr d'une démographie médicale défavorable.

Les choix thérapeutiques sont toujours définis avec le médecin référent du patient et en accord avec le protocole d'organisation établi initialement. L'IPA contribue à renforcer la qualité des parcours de patient entre ville et hôpital par son travail de coordination de soin.

## IPA, une ressource dans le système de santé, le cadre législatif

Selon le Conseil international des infirmiers (2008) [3], « un infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances

théoriques approfondies, et le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes et les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. »

Le décret n° 2019-8350 du 12 août 2019 précise que la pratique avancée en santé mentale recouvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;

- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements et adaptations de prescriptions médicales (pas de renouvellement prescription hors AMM : benzodiazépines ++).

L'IPA travaille en collaboration avec le médecin psychiatre pour la prise en soin du patient mais L'IPA est pleinement responsable de ses prescriptions.

## Protocole d'organisation et partenariat IPA-psychiatre

Le décret n° 2019-8350 précise l'étendue de la pratique avancée en psychiatrie et santé mentale. Il promeut la rédaction concertée d'un protocole d'organisation dans le cadre du travail en équipe entre les psychiatres du pôle et le ou les IPA (cf. article R.4301-4 du CSP). Ce protocole, co-signé par psychiatres et IPA, précise les différents domaines d'intervention attribués à l'IPA ainsi que les modalités de ses prises en charge. Sont précisées les modalités des transmissions d'informations très fréquentes entre médecin et IPA, grâce au dossier informatisé du patient, et grâce aux réunions pluriprofessionnelle ou informelles en fonction de l'évolution clinique favorable ou non du patient adressé. Le protocole d'organisation fait état des conditions de retour du patient vers son psychiatre référent.

Du fait de son champ de compétences élargi, l'IPA peut utiliser des techniques de médiation à visée thérapeutique lors de ses consultations en répondant aux besoins spécifiques du patient. L'IPA a la possibilité d'ajuster les posologies des traitements médicamenteux, conformément aux recommandations spécifiées sur le protocole d'organisation en fonction de l'état clinique du patient ; l'IPA devra en référer au psychiatre. L'article 3 du décret du 12 août 2019 qui modifie le Code de la sécurité sociale, permet une prise en charge par l'assurance maladie des consultations réalisées par un IPA, des prescriptions et renouvellements de prescription médicale réalisés par un IPA.

## Partenariat IPA/psychiatre

Nous avons mis en œuvre un partenariat étroit entre les psychiatres et les infirmières en pratique avancée au

sein de notre CMP, en conformité avec les textes réglementaires ; nous avons clairement défini les modalités d'articulation des fonctions d'IPA avec les autres professionnels du CMP.

Nous avons ainsi pu observer que l'intervention de l'IPA auprès d'un patient offre à ce dernier l'opportunité d'une prise en charge approfondie, marquée par des rencontres plus fréquentes avec un professionnel de santé, une intensification du protocole de soins dans le domaine de compétence de l'IPA, une plus grande réactivité du binôme psychiatre-IPA pour repérer les signes annonciateurs d'une éventuelle rechute ou explorer les effets secondaires indésirables des traitements psychotropes.

## Ma pratique d'IPA

Ma pratique d'IPA débute par un entretien avec le patient et son psychiatre référent. Une présentation de ma fonction et de mes missions se fait succinctement puis l'indication de la prise en charge en accord avec le patient et son médecin. Cette collaboration médecin et IPA renforce la prise en charge du patient. L'IPA se positionne ici dans un travail de co-construction avec le patient, avec une écoute attentive de la personne en soin, en prenant en compte sa singularité, son individualité, ses besoins, ses limitations et ses ressources [4]. L'IPA utilise dans sa pratique des échelles d'évaluation de la qualité de vie, l'échelle d'Hamilton (anxiété), Moca (évaluation de troubles cognitifs) ; l'IPA propose au patient l'usage d'un agenda du sommeil, des exercices de respiration (cohérence cardiaque), de pleine conscience et bien d'autres en fonction de l'indication médicale associée.

## Un cas clinique d'une jeune patiente souffrant de troubles de la personnalité borderline

Anna est une « patiente réputée difficile », suivie régulièrement au CMP depuis plusieurs années dans le cadre de troubles de la personnalité de type narcissique – borderline avec une déficience intellectuelle modérée comorbide. Elle présente en outre une à deux fois par an des épisodes de troubles dissociatifs de l'identité, caractérisés par une régression cognitive et émotionnelle, une dysautonomie, des crises clastiques et une tendance aux autoagressions. Aucun élément délirant ou hallucinatoire n'est observable. Ses propos sont cohérents et adaptés, en dehors des épisodes évoqués ci-dessus qui surviennent en juin et décembre de chaque année et ne durent que 2 à 3 semaines. Elle est issue d'une fratrie de deux enfants, sa sœur jumelle présente les mêmes problématiques de santé, à l'exception des troubles dissociatifs.

Actuellement totalement autonome, elle travaille dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT restauration), et elle est logée dans un foyer qui propose des appartements en colocation avec deux autres personnes et un accompagnement éducatif 12 heures chaque jour.

Anna manifeste de façon répétée une anxiété, un ébranlement émotionnel à la moindre frustration ; la relation instable avec son ami, rythmée par des séparations et des réconciliations dans son couple, dont elle est convaincue actuellement qu'il a abusé d'elle au plan financier, peut être un élément favorisant. Son adhésion au traitement médicamenteux est partielle ; il lui arrive d'être dans la demande d'une diminution de la posologie.

Son traitement actuellement est composé d'un anti-dépresseur, d'un anxiolytique (benzodiazépine), d'un antipsychotique de nouvelle génération à visée d'anxiolyse et d'une pilule contraceptive.

En accord avec Anna et son psychiatre référent, le plan d'action personnalisé vise à améliorer sa qualité de vie face à ses troubles actuels et persistants. Son adhésion au traitement est partielle en raison des effets secondaires. Les fluctuations de son état émotionnel rendent sa prise en charge complexe par la difficulté à mettre en application des mécanismes psychiques régulateurs et stabilisateurs avec ses propres ressources identifiées [5]. Les relations interpersonnelles sont perfectibles car Anna interagit en utilisant des modalités défensives très archaïques comme le clivage et la projection, utilisés dans sa relation avec ses pairs et les éducateurs du foyer [6].

## La mise en lien avec une théorie des sciences infirmières dans la compétence « Consultation » du modèle A. Hamric

Au regard du tableau clinique de cette patiente, ma pratique avancée est sous-tendue par la théorie d'Hamric [7] qui a conceptualisé les pratiques avancées en les déclinant en six compétences dont la pratique clinique. Dans cette situation de soin, je me suis inspirée du modèle conceptuel d'Hildegarde Péplau [8] de l'école d'interaction pour accompagner Anna dans son projet de soin. Hildegarde Péplau [9] « voit la relation entre une personne malade et l'infirmière comme un continuum, sur lequel deux personnes étrangères et différentes apprennent à se connaître et à travailler ensemble pour un but commun », elle décline sa théorie en quatre phases progressives. La première correspond à la phase d'orientation, c'est la période comprenant le recueil des données, la rencontre entre le soignant et la patiente motivée par le besoin de déposer la source d'anxiété et de frustration ressentie par cette dernière. Ce travail en collaboration permet de clarifier

et d'identifier la nature du besoin, et le problème sous-jacent. La deuxième phase correspond à la détermination, cette période où la personne se situe en fonction de son besoin d'aide (dépendance, interdépendance et indépendance). La troisième phase est celle de l'exploitation ; la personne prend l'initiative de tirer des bénéfices dans la relation soignant/soigné en utilisant le savoir et les compétences du professionnel afin d'atteindre l'objectif qu'elle s'est donné. La quatrième phase est celle de la résolution, c'est-à-dire la planification de l'utilisation des ressources de la communauté et l'émergence potentielle de nouveaux besoins plus matures. Dans le cadre de ma démarche, j'ai pu aborder les deux premières phases du modèle conceptuel de Hildegarde Péplau sur les six mois de prise en charge en collaboration avec le psychiatre.

J'ai tout d'abord recueilli les informations dans le dossier patient informatisé (DPI) d'Anna, puis échangé avec son psychiatre référent et les différents intervenants impliqués dans sa prise en charge. J'ai rencontré Anna à la suite d'une consultation médicale et nous sommes convenus d'une fréquence de rendez-vous tous les quinze jours. Je lui explique ma démarche auprès d'elle en instaurant une relation de confiance afin de favoriser nos échanges. Elle a très vite exprimé ses difficultés dans les relations interpersonnelles, avec ses proches, les résidents et le personnel du foyer et dans son milieu professionnel. Nous avons abordé les difficultés du vécu émotionnel de l'expérience de sa maladie, de son enfance, de ses hospitalisations antérieures et des situations qui l'ont conduite à l'arrêt partiel des traitements. L'anxiété en rapport avec des expériences antérieures de séparations a été réactivée à l'occasion d'une séparation brutale avec son ami. Dans cette approche, j'ai accompagné Anna qui est parvenue à mieux identifier la nature de ses besoins ; la situation actuelle mettait en évidence un deuil dysfonctionnel lié à la séparation de son ami qui se manifeste par de la peine, des émotions de colère, de tristesse et de pleurs. Cette réminiscence d'expériences douloureuses dans le passé entraînait une surcharge émotionnelle très négative. Anna entretient des relations interpersonnelles dysfonctionnelles et autodestructrices avec des menaces de passages à l'acte aboutissant à des hospitalisations récurrentes. Cette dépendance affective et cet abandonnisme amènent de la souffrance pour elle-même et son entourage [10]. Une réaction de rejet est souvent exprimée par ses proches, souvent impuissants à gérer la surcharge émotionnelle d'Anna. Il y a aussi la non-observance du traitement psychiatrique liée à l'étayage peu soutenant de la famille et l'apparition des effets secondaires de certains traitements.

La phase d'identification appelée aussi la phase de détermination, correspond à la période où Anna a identifié l'IPA en tant que professionnel référent de son suivi de consultation au CMP ainsi que d'autres professionnels qui seront source d'aide. À partir des diagnostics identifiés en accord avec Anna, des objectifs communs ont été déterminés ensemble.

Avec l'accord d'Anna, des consultations avec son éducatrice référente du foyer se sont déroulées en présentiel ou distanciel, ce qui a permis d'apaiser certaines tensions relationnelles. Anna a pu exprimer à son éducatrice ainsi qu'à d'autres intervenants ce qu'elle ressentait, notamment en rapport avec les difficultés de sa maladie psychiatrique. Cette démarche a permis à chacun d'échanger sur ses difficultés. Cette rencontre a aussi été l'occasion d'identifier la personne ressource autre que le professionnel de santé en cas de difficultés avec les autres résidents. Nos rencontres ont permis aussi de planifier des rendez-vous somatiques (exemple : médecin traitant avec un travail de coordination et de suivi) et des temps pour des entretiens psychoéducatifs autour du traitement (ces entretiens s'instaurent dans un cadre défini avec la patiente). L'IPA informe Anna des risques à prendre partiellement son traitement tout en prenant en considération les problématiques rencontrées par la patiente telle que la prise de poids. L'IPA prend en considération les représentations et ses croyances au sujet du traitement. L'IPA propose de se mettre en contact avec son psychiatre référent et la diététicienne afin de porter une attention sur l'évolution de son poids, la possibilité d'activité physique en fonction des désirs d'Anna, l'adhésion au traitement afin d'éviter une rechute et améliorer son état psychique. Pour rappel, la prescription fait partie des compétences de l'IPA [11]. L'IPA reconduit le traitement initié par le psychiatre référent, elle peut aussi prescrire des médicaments et dispositifs médicaux non soumis à la prescription médicale obligatoire ainsi que des examens complémentaires et de biologie médicale qui dans cette prise en charge ont été normaux (bilan sanguin et ECG). Ces derniers sont évalués à chaque entretien de suivi et des stratégies d'adaptation sont proposées.

La troisième phase, d'exploitation, est en cours ; Anna est capable partiellement de recourir à l'aide de l'IPA pour cheminer entre dépendance et indépendance dans cette relation. Le développement des schémas de pensées permet à Anna de comprendre ses pensées dysfonctionnelles (dichotomiques essentiellement), et les comportements impulsifs et destructeurs qui en découlent quand elle rencontre une difficulté relationnelle. Par exemple quand elle dit « je suis nulle », l'IPA reprend la cognition utilisée et ensemble nous reprendons la situation, c'est-à-dire l'événement qui produit cette émotion déplaisante, les émotions ressenties (même les symptômes physiques qui s'y réfèrent), sa pensée (je suis nulle) et la pensée alternative c'est-à-dire ce qu'elle pourrait se dire pour améliorer la gestion de cette situation et de ce fait baisser son anxiété.

Le jeu du miroir est un exercice qui permet de refléter les émotions de la patiente, de façon légèrement exagérée, afin de laisser place à un mouvement de différenciation et de travailler sur l'identification de ses émotions [12]. Cet outil thérapeutique a permis à Anna de mieux comprendre ce qui contribue à ses

problèmes dans l'interaction avec l'autre, et d'acquérir une meilleure maîtrise de ses émotions, par exemple en utilisant la respiration 4/2/4/2 (quatre secondes d'inspiration, deux secondes d'expiration, quatre secondes d'inspiration puis deux secondes d'expiration, répété dix fois) ou alors en reprenant les propos du tiers et en exprimant l'émotion qui s'en dégage (« Tu dis que je m'en fous de toi (sa sœur) cela me rend triste, pourquoi penses-tu cela ? »). Anna a ainsi bénéficié d'une meilleure compréhension de la part des autres en identifiant ses émotions et les partageant à l'autre.

Une autre piste thérapeutique élaborée conjointement a été de proposer à Anna pendant un temps calme de verbaliser le récit de son passage à l'acte le plus récent. Elle a pu ainsi identifier les signaux d'impuisivité (« mon cœur bat plus vite et ma respiration est rapide ») et élaborer des ressources et/ou des outils pour apaiser ses émotions négatives, grâce à des images mentales ou l'identification de ses propres affects. Au sein de cette relation soignant-soigné, Anna a pu identifier l'IPA comme un substitut, un conseiller avec une expertise clinique au service de ses besoins identifiés. Une évaluation intermédiaire de ses acquis s'est faite en collaboration avec le psychiatre référent, l'IPA et la patiente Anna. Les buts que la patiente s'était assignés ne sont que partiellement atteints ; cependant, une autosatisfaction a été exprimé suite à l'avancée progressive de ses objectifs qui nous a conduits à l'encourager à poursuivre et la féliciter sur son implication et ses progrès. Anna a aussi repris une activité physique qui lui plaisait auparavant durant son adolescence, la danse. Elle commence à rééquilibrer son alimentation à l'aide du suivi et des recommandations de la diététicienne et de son éducatrice au foyer qui l'accompagne pour faire les courses. Anna semble satisfaite du suivi et en confiance dans cette approche globale. Elle dit se sentir considérée et entendue par les professionnels de santé. La pratique avancée ne se réduit pas à la prise en charge d'une pathologie mais de son ensemble en explorant toutes les dimensions et en mettant notamment en œuvre les recommandations de l'HAS.

La phase de résolution, la dernière phase du modèle conceptuel d'Hildegarde Péplau, consiste à favoriser au maximum l'autonomie d'Anna dans la connaissance de sa maladie et la bonne observance du traitement prescrit. Elle sera capable de mobiliser les ressources nécessaires qu'elle aura identifiées pour lui permettre de mieux appréhender les problèmes rencontrés.

## **La compétence « guidance/ coaching » du modèle A. Hamric**

La guidance/coaching est une des compétences qui est proposée aux partenaires de cette prise en charge exerçant dans le foyer, en leur proposant des séances de sensibilisation sur les troubles de la personnalité

borderline et une meilleure compréhension des traitements. Il est aussi possible de transmettre mes connaissances sur les différents outils de communication par le biais de diverses vignettes cliniques et comment poser des limites. Des jeux de rôle pourront être proposés pour permettre une meilleure compréhension du thème abordé et un meilleur un savoir-faire.

## **La compétence leadership du modèle A. Hamric**

L'IPA est une référente clinique, elle identifie les axes d'amélioration de la pratique soignante, initie et accompagne le changement dans les pratiques professionnelles.

J'ai collaboré avec les infirmiers, la cadre de proximité et le chef de pôle pour la mise en place de groupes d'éducation thérapeutique destinés aux proches de personnes atteintes de troubles schizophréniques ou apparentés. L'IPA et le psychiatre sont coordonnateurs du programme d'ETP<sup>1</sup> [13] sur la Seine-Saint-Denis. L'IPA a une « action qui vise à aider le groupe à atteindre ses objectifs efficacement » [14].

Le cas clinique rapporté ici montre combien l'IPA est une personne ressource à part entière pour les aidants et les professionnels qui interagissent dans la prise en soin d'Anna. En gardant un positionnement éthique, l'IPA a élaboré avec la patiente Anna un recueil de symptômes précurseurs d'une rechute et les actions qui peuvent être menées afin d'éviter des hospitalisations ou des passage auto-agressifs de sa part.

## **Résultats**

Dans un premier temps, la nouveauté dans la prise en charge a permis une forte mobilisation d'Anna et de ce fait a favorisé l'alliance thérapeutique. Anna a su développer des capacités d'écoute et de gestion des émotions au fil de la prise en charge. La collaboration entre l'IPA et le psychiatre a permis de travailler en coordination avec les différents acteurs éducatifs et de santé grâce au travail de coordination clinique de l'IPA et à l'investissement professionnel de chacun. Grâce à des exercices inspirés du concept de la mentalisation [15], Anna a pu évoluer dans ses modalités de comportement et la compréhension de ses émotions en développant des capacités d'empathie. Les relations interpersonnelles et professionnelles se sont apaisées et ont laissé place à des relations de confiance et à la possibilité pour Anna d'identifier de personnes ressources.

Dans un second temps, la demande de thérapie de soutien faite par Anna l'a amenée à s'inscrire dans une

<sup>1</sup> Éducation thérapeutique du patient.

démarche plus authentique d'acquisition de connaissances face à sa maladie. En accord avec son psychiatre référent, des entretiens à visée psychoéducative lui ont été proposés, pour aider Anna à acquérir ou maintenir les compétences dont elle a besoin pour gérer au mieux sa vie avec sa maladie chronique. Cette démarche commence par comprendre et connaître l'origine de son trouble, travailler sur la gestion des émotions (inspirée des thérapies cognitivo-comportementales), identifier les personnes ressources lors d'un débordement émotionnel avec risque de mise en danger auto-agressif. Ces séances s'intègrent dans la prise en charge et elles permettent un soutien psychosocial (information sur sa maladie, sur la symptomatologie de la pathologie et ses traitements).

Selon les missions stipulées dans le protocole d'organisation, l'IPA est amenée à faire des actes de prévention, en accord avec les recommandations de l'HAS, et l'IPA procède à l'évaluation très régulière de la surveillance des critères somatiques en lien avec la prise médicamenteuse quotidienne de la patiente.

Ainsi Anna a-t-elle été orientée et accompagnée dans ses démarches pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, son suivi gynécologique au sein de l'établissement de santé rattaché au CMP, des stratégies de prévention autour du risque de diabète, d'obésité, d'amélioration de son hygiène de vie ; au début de la prise en charge avec une diététicienne, l'IMC d'Anna était de 28,1 kg/m<sup>2</sup>.

Notre expérience de la mise en œuvre des compétences d'infirmières en pratique avancée est conforme à celle d'autres auteurs qui font le constat d'une contribution à l'amélioration de la qualité des soins des patients, qui en sont très satisfaits, ainsi que les autres professionnels des équipes soignantes [16]. Une politique institutionnelle favorable, l'implication de la direction, des psychiatres et de l'IPA ont facilité l'acceptation de ce nouveau métier par les équipes soignantes et autres professionnels.

## Conclusion

Une formation approfondie et une expertise clinique permettent à l'IPA de prendre en charge des aspects spécifiques des problématiques de patients, et de renforcer les échanges avec les différents partenaires, tout en libérant du temps médical précieux.

Cette collaboration harmonieuse entre infirmière de pratique avancée et psychiatre, basée sur un changement de paradigme du soin [17] et sur le partage, les échanges et la confiance mutuelle, favorise une prise en charge optimale du patient et contribue à déconstruire les préjugés.

Une infirmière en pratique avancée se doit en outre de consacrer du temps à la recherche, à la formation de collègues stagiaires en formation et à l'enseignement [18].

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

## Références

1. <https://www.has-sante.fr/> (consulté le 29 juin 2023).
2. De Rosis C, Teixeira M, Jovic L. Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une co-construction à l'œuvre en milieu de soins. *Sante publique* 2021 ; 33 (1) : 89-100.
3. Conseil international des infirmières (CII). <https://www.icn.ch/fr> (consulté le 19 février 2024).
4. Balint M (1971). *Le défaut fondamental*. Paris : Payot, 2003.
5. Coste JC. État l'imite ? *L'en-je lacanien* 2012 ; 18 (1) : 43-57.
6. Montagne A. État-limite : du transfert aux capacités de mentalisation. *Le Journal des psychologues* 2023 ; HS1 : 1-9.
7. Union nationale des infirmiers.es en pratique avancée. <https://unipa.fr/> (consulté le 29 juin 2023)
8. Saint-Etienne M. *Modèles, théories et concepts en soins*. Cours Master Sciences cliniques en soins infirmiers, septembre 2016.
9. Peplau HE. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. 1952. <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/theoriepeplau.pdf> (consulté le 29 juin 2023).
10. Bowlby J (1969). *Attachement et perte*. Tome 1 : L'attachement. Paris : PUF, 2002.
11. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique – Légifrance ([legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr))
12. Winnicott DW. *Jeu et Réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1971.
13. Unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) de l'établissement public de santé de Ville-Évrard. [https://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/user\\_upload/Fichiers/G03/Flyer\\_UTET\\_V\\_definitive.pdf](https://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/user_upload/Fichiers/G03/Flyer_UTET_V_definitive.pdf)
14. Phaneuf M. *PTI, leadership, imputabilité et supervision : jusqu'où aller ?* InfiResources, 2010. <https://www.studocu.com/fr-ca/document/universite-de-montreal/discipline-infirmiere-et-profession-1-2/phaneuf-2010-imputabilite-et-supervision/44600710>
15. Bateman A, Fonagy P. *Mentalisation et trouble de la personnalité limite : guide pratique*. Paris : De Boeck Supérieur, 2015.
16. Lippler N. Pratique avancée infirmière en centre médico-psychologique [Advanced nursing practice in a medical-psychological center]. *Soins Psychiatr* 2023 ; 44 (346) : 39-42.
17. Gakou S. Infirmerie en pratique avancée dans le domaine de la psychiatrie : Retour d'expérience d'une faisant fonction IPA en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. *Inf Psychiatr* 2020 ; 96 : 533-537.
18. Meyer MA. L'implantation d'une IPA auprès de patients atteints de schizophrénie. *Soins* 2021 ; 66 (853) : 30-31.