



HAL
open science

Les troubles de la personnalité en médecine générale : une étude qualitative auprès de généralistes d'un secteur

Efthalia Tsampouri

► To cite this version:

Efthalia Tsampouri. Les troubles de la personnalité en médecine générale: une étude qualitative auprès de généralistes d'un secteur. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01459339

HAL Id: dumas-01459339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01459339>

Submitted on 7 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

TSAMPOURI Efthalia

NEE LE 07/12/1987 A IOANNINA, GRECE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/01/2017

**Les troubles de la personnalité en médecine générale :
une étude qualitative auprès de généralistes d'un secteur**

PRESIDENT DE JURY : Pr. Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr. Annie NAVARRE-COULAUD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous me faites l'honneur d'être le président de mon jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail sans aucune hésitation.

A Madame le Docteur Annie Navarre-Coulaud,

Vous m'avez accueillie dans votre service en tant qu'interne de médecine générale et vous m'avez fait découvrir la psychiatrie. Je vous remercie de votre accueil chaleureux, de votre soutien et de votre disponibilité durant ce stage.

Vous avez accepté de diriger cette thèse avec un grand enthousiasme. Je vous remercie de vos précieux conseils, vos remarques constructives, votre patience et vos encouragements tout au long de ce travail. Je vous en suis très reconnaissante.

A Madame le Professeur Gerardin,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et d'accepter de faire le jugement de ce travail, soyez assurée de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Guillin,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux treize médecins généralistes de cette étude, sans qui ce travail de thèse n'aurait pu être réalisé. Merci de votre participation et de points de vue que vous avez partagés avec moi lors des entretiens.

A mes maîtres de stage, le Dr. Le Grand Aldrick, le Dr. Bereni Antoine et le Dr. Polaert Charles, qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale. Je vous remercie de votre accueil chaleureux, de votre soutien et de vos précieux conseils que je garde toujours avec moi. Je vous en suis très reconnaissante.

A mes chefs pendant les stages hospitaliers, le Dr. Foison, le Dr. Mansouri, le Dr. Sauvetre et le Dr. Girszyn. Merci de votre accueil chaleureux, votre disponibilité et votre rigueur.

Aux praticiens du Secteur 12, le Dr. Wiela, le Dr. Tillaux et le Dr. Elati. Je vous remercie de votre accueil, votre disponibilité et vos conseils durant mon stage dans le service. Je vous remercie de votre participation dans ce travail.

A Florence et à Marie-France, les secrétaires dévouées du secteur 12. Je vous remercie de votre aide précieuse et de votre soutien durant mon stage dans le service et tout au long de ce travail.

A Magalie, Alexandra, Arnaud, Audrey, Damega, Charlotte, Ludivine et tous mes autres co-internes, pour tous les moments d'angoisse et de joie.

A mes parents, mon « pilier », que j'aime infiniment. Un immense merci pour votre amour, votre soutien et votre aide en toutes circonstances.

A mon frère, pour ton soutien, ton amour et tes encouragements.

A Ilias, mon meilleur ami et mon « deuxième » frère, avec qui on a parcouru ensemble ce chemin dès le début et jusqu'à la fin. Je suis ravie de tous ces moments difficiles et ces moments de rigolade qu'on a pu partager tout au long du trajet. Je suis reconnaissante de ton écoute, tes conseils et ton humour.

A Amalia, ma meilleure amie. Merci pour ta présence et ton soutien psychologique tout au long de mon parcours.

A Pascale, mon amie d'internat. Je te remercie de ta gentillesse, de ta présence aux moments difficiles, de ton soutien psychologique tout au long de ce trajet. Je suis ravie de t'avoir rencontrée.

A Camélia, mon autre amie d'internat. Merci pour ta présence à mes côtés, tes conseils et tes encouragements pendant ce travail. J'en suis très reconnaissante.

A Francesco, mon ami italien, pour ton amitié et ton humour.

A Nancy et à Ioanna, mes copines « parisiennes », pour votre amitié, votre soutien et vos encouragements.

A Francesca, ma deuxième copine corse, pour ta présence et ton amitié.

A Mme Céline, ma professeur de français, pour votre dévotion, votre gentillesse, vos encouragements, avant même que cette aventure ait commencée.

Et enfin, à mon Ilias, à qui je dédie ce travail. Sans ta présence à mes côtés, la route aurait été moins belle. Je te remercie de ton soutien et de ta patience aux moments difficiles.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	12
SOMMAIRE	15
1. INTRODUCTION	17
1.1. La personnalité : du normal au pathologique.....	17
1.2. Les troubles de la personnalité : classification et évaluation.....	21
1.2.1. Classifications en psychiatrie : du Koch au DSM-V.....	21
1.2.2. Evaluation des troubles de la personnalité.....	28
1.3. Les comorbidités.....	29
1.3.1. Troubles de la personnalité et troubles affectifs.....	29
1.3.2. Suicidologie.....	31
1.3.3. Troubles de la personnalité et addictions.....	33
1.4. Evolution des troubles de la personnalité.....	36
1.4.1. Le sujet âgé.....	36
1.4.2. Le trouble de la personnalité borderline.....	37
1.5. La thérapeutique.....	40
1.5.1. Traitements psychosociaux.....	40
1.5.2. La pharmacothérapie.....	42
1.6. Les troubles de la personnalité en soins primaires.....	45
1.6.1. La prévalence en population générale.....	45
1.6.2. Troubles de la personnalité et systèmes de santé.....	47
1.6.3. Les troubles de la personnalité au cabinet de médecine générale.....	48
1.6.4. Niveau de détection par le médecin généraliste.....	53
2. METHODE	54
2.1. Pourquoi ce sujet.....	54
2.2. Le choix d'une méthode qualitative.....	54
2.3. Le choix de l'entretien comme technique de recueil des données.....	55
2.4. L'entretien semi-dirigé.....	55
2.5. Le choix de l'échantillon.....	56
2.6. La taille de l'échantillon.....	58
2.7. Le mode d'accès aux interviewés.....	58
2.8. Modification du guide d'entretien au cours de l'enquête.....	59
2.9. Déroulement des entretiens.....	61
3. RESULTATS	63
3.1. Données sociodémographiques des médecins.....	63
3.2. Entretiens.....	65
4. DISCUSSION	85
4.1. Forces et limites de l'étude.....	85
4.2. Analyse.....	88
4.2.1. Nosologie.....	88
4.2.2. Démarche diagnostique.....	89
4.2.3. Conduite à tenir.....	92
4.2.4. Le suivi au cabinet de médecine générale.....	94
4.2.5. Représentation nosologique du terme trouble de la personnalité.....	97

4.2.6. Le rôle du médecin généraliste.....	99
4.2.7. Pistes d'amélioration.....	100
5. CONCLUSION.....	101
ANNEXES.....	105
ANNEXE 1 : Critères diagnostiques des troubles spécifiques de la personnalité selon le DSM-IV-TR.....	105
ANNEXE 2a : Guide d'entretien initial.....	110
ANNEXE 2b : Guide d'entretien – forme finale.....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	114

1. INTRODUCTION

Les troubles de la personnalité occupent une place importante dans le spectre de la psychopathologie, donnant lieu à des discussions sur leurs limites, leur construction nosographique et leur prise en charge. Dans un premier temps, seront abordés les différents aspects des troubles de la personnalité dans le domaine de la psychiatrie mais aussi dans le domaine des soins primaires.

1.1. La personnalité : du normal au pathologique

◆ Définitions

Les concepts de personnalité et de personnalité pathologique ont une origine double. Une première source, la plus ancienne, est celle de la médecine grecque avec la doctrine des tempéraments. La deuxième, d'origine psychologique, se situe au 19^{ème} siècle avec le développement de la psychologie de la personnalité.

L'utilisation du terme personnalité dans le langage psychiatrique a été introduite par T. Ribot qui, en 1885, a été l'auteur de l'ouvrage « Les Maladies de la personnalité ». Selon cet auteur la personnalité est susceptible d'être atteinte par la maladie à l'image de la pathologie de n'importe quelle autre fonction. Plus tard (1937), l'auteur américain et psychologue G. Allport définit la personnalité comme l'organisation dynamique des systèmes psychologiques qui déterminent les comportements caractéristiques d'un individu et ses pensées.

Pour le psychologue anglais H.J. Eysenck (1950), la personnalité représente l'organisation plus ou moins ferme et durable « du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique » d'une personne, qui détermine son adaptation au milieu. P. Pichot en 1965 attribue au terme personnalité l'intégration dynamique des aspects cognitifs, conatifs (pulsionnels et volitionnels), affectifs ainsi que psychologiques et morphologiques d'un individu. Ces deux dernières définitions ont l'avantage d'énumérer les principales composantes du fonctionnement psychologique d'un individu, dont l'ensemble constitue la personnalité (1).

Il est ici important de faire la part entre les termes personnalité, caractère et tempérament. Le caractère, une notion plus étroite que celle de la personnalité, correspond aux dimensions observables de la personnalité d'un sujet, qui le rendent socialement repérable par rapport à tous les autres individus (2). Selon une autre définition le caractère contient l'ensemble de traits psychologiques qui indiquent la manière la plus habituelle que la personne a de se comporter vis-à-vis de lui-même, comme vis-à-vis des autres personnes, des situations ou des objets qu'il

rencontre. Le tempérament en revanche, se réfère aux facteurs biologiques de la personnalité, c'est-à-dire aux dispositions qui sont génétiquement déterminées (1).

◆ Théories et modèles généraux de la personnalité

Différentes théories et modèles généraux ont été élaborés afin d'aborder les concepts de la personnalité et de ses troubles. Parmi ces théories on peut citer les théories néo-béhavioristes, les théories cognitives, psychodynamiques et socio-culturelles, la psychologie de traits et les modèles typologiques.

Les théories néo-béhavioristes intègrent trois courants théoriques, la réflexologie de I. Pavlov, le behaviorisme de D. Watson et la théorie de l'apprentissage de E. Thorndike. Ces théories sont dérivées de la théorie stimulus-réponse et reposent sur l'étude des processus d'apprentissage, l'environnement ayant un rôle structurant pour la personnalité. La notion de la motivation est placée au sein de l'étude des comportements, les connexions stimulus-réponse étant favorisées par la satisfaction et contrariées par la douleur et l'ennui. L'aspect dynamique de la personnalité est la pulsion (drive) qui fournit l'énergie. La personnalité, est alors la résultante des expériences conflictuelles : des apprentissages précoces et des sources de satisfaction ou de frustration.

Les théories cognitives mettent l'accent sur le rôle des opérations mentales et des représentations, en dissociant les invariants personnels cognitifs et affectivo-motivationnels. Elles déterminent ainsi des dimensions cognitives de la personnalité. Selon cette conception, des croyances erronées, des schémas de pensée mal adaptés et des distorsions cognitives peuvent être à l'origine des troubles de la personnalité.

Les théories psychodynamiques reposent sur la théorie des instincts. Les instincts représentent des pulsions d'origine biologique et constituent les forces qui poussent l'individu à accomplir une activité préformée dans les structures nerveuses. Lors du développement, la lutte entre le pôle pulsionnel de la personne et les nombreuses sources de tension détermine la formation de la personnalité, qui représente l'état d'équilibre du sujet. La psychologie dynamique élaborée par S. Freud utilise ainsi les concepts, entre autre, de pulsions, de désirs, d'obstacles et de conflits. La genèse de la personnalité est l'histoire du développement des pulsions primaires. Dans ce contexte, un développement pathologique peut être observé lorsque certaines périodes du développement sont marquées par des frustrations intenses ou prolongées et lorsque les mécanismes de défense sont insuffisamment efficaces.

Les théories sociales et culturelles, en revanche, inspirées par les études d'anthropologie, privilégient les facteurs sociaux et culturels dans le développement de la personnalité.

Un autre modèle est celui des traits de la personnalité. Selon G. Allport le trait constitue « une structure neuropsychique ayant la capacité de rendre de nombreux stimuli fonctionnellement équivalents, de déclencher et de guider des formes équivalentes de comportement adaptatif et expressif ». Les descriptions des traits, souvent tirées du langage courant, ne reposent pas sur des concepts scientifiques ; elles n'ont par ailleurs aucune valeur explicative et leur valeur prédictive reste limitée. Leur utilisation pose le problème du nombre optimal de traits à retenir afin de décrire au mieux la personnalité, et de la meilleure méthode à utiliser afin d'effectuer des regroupements de traits qui sont suffisamment corrélés entre eux et relativement indépendants les uns des autres. L'analyse dite factorielle, une analyse statistique multivariée, a résolu partiellement ce double problème en donnant la possibilité d'établir des dimensions fondamentales de la personnalité. Néanmoins, le débat reste toujours vif sur le nombre optimal de dimensions à retenir, en d'autres termes sur le meilleur modèle dimensionnel à utiliser. Depuis l'introduction de l'approche dimensionnelle dans la description des troubles de la personnalité lors de la dernière édition du Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux (DSM), ce débat devient d'autant plus actuel.

Alors que l'utilisation des traits tient compte de aspects psychologiques de la personnalité, les typologies intègrent dans la description de la personnalité la notion du tempérament. Le tempérament, évoqué initialement par la doctrine hippocratique puis par Galien au 2^{ème} siècle ap. J.-C., constitue le squelette biologique de la personnalité, celui-ci étant indissociablement lié à ses aspects psychologiques. Cette conception, a été actualisée beaucoup plus tard (1987) par le psychiatre américain C. Cloninger, qui, à partir d'une approche psychobiologique de la personnalité, a élaboré un modèle en sept dimensions, les quatre étant liées au tempérament et les trois au caractère (1).

◆ Du normal au pathologique

Peu importe la théorie utilisée, si on souhaite aborder le spectre de la pathologie de la personnalité, il est indispensable de définir le point du passage du normal au pathologique. Le choix de ce point a d'ailleurs toujours été un des problèmes incontournables des systèmes de classification des troubles de la personnalité.

Ils existent quatre critères de normalité fixant les limites entre la personnalité normale et la personnalité pathologique : la normalité statistique, la normalité idéale, la normalité fonctionnelle et la normalité subjective. La normalité statistique se réfère à l'individu « moyen » alors que la normalité idéale suppose la désignation de l'individu « parfait », qui sera alors considéré comme l'individu normal. De l'autre côté, la normalité fonctionnelle correspond à l'état qui paraît le plus

approprié à un sujet selon ses potentialités et son caractère. Il existe finalement, la normalité subjective, c'est-à-dire la représentation de la normalité chez l'évaluateur.

L'utilisation isolée de chacun de ces critères de normalité se heurte à des obstacles différents. La désignation de l'individu moyen en matière de personnalité nécessite le choix d'une limite précise en dehors de laquelle on passe à la pathologie. Un tel choix paraît arbitraire. De même, l'individu « idéal » rentre dans une conception normative qui manque de justification théorique. L'utilisation du critère de la normalité fonctionnelle, même si à première vue paraît séduisante, ne peut s'appliquer dans les cas où la satisfaction de l'individu est à l'origine de la souffrance d'autrui, comme par exemple dans les cas de comportements pervers ou sadiques. La normalité subjective finalement ne peut par définition, être appliquée dans la pathologie de la personnalité, car elle tient compte de la représentation personnelle de l'évaluateur et de sa stabilité.

Afin de contourner ces obstacles, les systèmes de classifications dans leur quasi-totalité font appel à une combinaison variable des critères de normalité (1).

1.2. Les troubles de la personnalité : classification et évaluation

1.2.1. Classifications en psychiatrie : du Koch au DSM-V

◆ Aspects historiques

Dans l'histoire de la psychiatrie, différentes classifications ont été élaborées afin d'aborder le spectre de la pathologie de la personnalité. Ces classifications ont été inspirées par les théories et les modèles généraux de la personnalité, dont les principaux sont le modèle typologique, le modèle dimensionnel et le modèle structural de la psychanalyse freudienne.

Les premières classifications apparues au cours du 19^{ème} siècle se sont fondées sur le modèle typologique et catégorielle, qui s'est depuis imposé de façon exclusive lors des classifications ultérieures. Selon cette conception, les types de personnalité sont décrits en termes de catégories diagnostiques. La cinquième édition du DSM a été la première classification à introduire l'approche dimensionnelle dans la description des troubles de la personnalité, en l'incluant dans un modèle hybride.

L'ébauche de la notion de personnalité pathologique est classiquement attribuée à P. Pinel sous le concept de la manie sans délire. En 1837, J.C. Prichard sera toutefois le premier à décrire un trouble de la personnalité : la folie morale (moral insanity), qu'on retrouve dans les classifications plus récentes sous une autre appellation, celle de personnalité antisociale. Plus tard B.A. Morel (1857) avec sa doctrine de la dégénérescence et J.J.V. Magnan, proposeront des descriptions et des théorisations mais pas encore une classification d'ensemble des personnalités pathologiques. J.L.A. Koch en 1888 dans son manuel « Eléments de psychiatrie » introduira le chapitre « Infériorités psychopathiques ». Ce chapitre sera développé dans une monographie (1891-1893) qui constitue le premier ouvrage d'ensemble sur les personnalités pathologiques (3).

Depuis Koch des classifications ultérieures ont été proposées qui ont inclus un très grand nombre de catégories diagnostiques avec une très grande instabilité temporelle et « interclassificatoire » (Tableau 1). Les deux principaux systèmes de classification sont jusqu'aujourd'hui la CIM (Classification Internationale des Maladies) publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et le DSM (Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

La publication en 1980 de la troisième édition du DSM a constitué pour autant un événement majeur dans l'histoire des classifications des troubles mentaux. Le DSM-III a introduit une approche athéorique, une définition critériologique des troubles mentaux, une évaluation multiaxiale en cinq axes avec la possibilité de diagnostics multiples sur les trois premiers axes (3). L'axe II a été

exclusivement réservé aux troubles de la personnalité afin d'attirer l'intérêt des cliniciens sur la personnalité des patients indépendamment de leurs diagnostics psychiatriques. Les troubles de la personnalité ont été alors distingués des « troubles cliniques », en réservant la possibilité des associations comorbides (4).

Tableau 1 : Catégories diagnostiques figurant dans les principales classifications de K. Schneider au DSM- V. (3)

Types de personnalités	Classifications						
	K. Schneider (1923)	DSM-II (1968)	CIM-9 (1978)	DSM-III (1980) et DSM-III-R (1987)	CIM-10 (1992)	DSM-IV (1994) et DSM-IV-TR (2000)	DSM-V (2013)
Paranoïaque, fanatique ¹	X ¹	X	X	X	X	X/X	X
Schizoïde		X	X	X	X	X/X	X
Schizotypique				X		X/X	X
Hystérique, qui a besoin de se faire valoir ² , histrionique ³	X ²	X	X	X ³	X ³	X ³ / X ³	X
Instable	X						
Antisociale, sociopathique-antisociale ⁴ , dyssociale ⁵		X	X	X	X ⁵	X/X	X
Borderline, émotionnellement labile (type impulsif/type borderline) ⁶				X	X ⁶	X/X	X
Narcissique				X		X/X	X
Explosive	X	X	X				
OC, anankastique ⁷ , compulsive ⁸		X	X ⁷	X ⁸	X ⁷	X/X	X
Dépendante, asthénique ⁹	X ⁹	X ⁹	X ⁹	X ¹⁰	X	X/X	X
A conduite d'échec ¹⁰ (annexe B du DSM-III-R, incluse dans la personnalité dépendante par la CIM-10)				X ^{10*}			
Passive-agressive		X		X		X*/X*	
Évitante, anxieuse ¹¹				X	X ¹¹	X/X	X
Dépressive	X					X*/X*	
Inquiète	X						
Affective			X				
Hyperthymique	X						
Cyclothymique		X					
Apathique	X						
Aboulique	X						
Inadéquate		X					
Nombre de troubles spécifiés	10	10	8	11	8	12	10

*Catégories diagnostiques figurant en annexe des classifications.

◆ DSM-IV-TR et CIM-10

Les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité sont pour l'essentiel similaires dans le DSM-IV-TR (5) et le CIM-10 (6) (Tableau 2).

Tableau 2 : DSM-IV-TR : Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

<p>A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p> <p>(1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)</p> <p>(2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)</p> <p>(3) le fonctionnement interpersonnel</p> <p>(4) le contrôle des impulsions.</p> <p>B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.</p> <p>C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de la vie adulte.</p> <p>E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.</p> <p>F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu aux abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).</p>

Les deux systèmes classificatoires précisent l'âge à partir duquel un diagnostic de trouble de la personnalité peut être porté. Pour le CIM-10 « un diagnostic de trouble de la personnalité est rarement approprié avant l'âge de 16 ou 17 ans ». Le DSM-IV-TR considère que « on ne peut diagnostiquer un trouble de la personnalité chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentes depuis au moins un an ».

Le point du passage de la personnalité normale à la personnalité pathologique relève de trois domaines : social et statistique, clinique et fonctionnel. Depuis la quatrième édition du DSM, le critère fonctionnel est indispensable pour qu'on puisse considérer l'état du sujet comme pathologique. En revanche, pour la CIM-10 il demeure optionnel, les troubles étant « souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable ».

En ce qui concerne les catégories diagnostiques, huit catégories figurent dans les deux systèmes : les personnalités paranoïaques, schizoïdes, histrioniques, antisociales (dyssociales pour le CIM-10), borderlines (émotionnellement labiles, type borderline, pour le CIM-10), dépendantes, évitantes (anxieuses [évitées] pour le CIM-10) et obsessionnelles-compulsives (anankastiques pour le CIM-10). Les personnalités schizotypiques et narcissiques ne figurent que dans le DSM-IV-TR.

Les troubles de la personnalité dans le DSM-IV-TR (axe II) sont classés en trois groupes fondés sur des similitudes descriptives (Tableau 3). Deux autres troubles figurent en annexe B : la personnalité dépressive et la personnalité passive-agressive. Dans le CIM-10, les troubles spécifiques de la personnalité sont référencés avec les codes diagnostiques F60.0 - F60.9 (Tableau 4), incluant les « autres troubles spécifiques de la personnalité » (F60.8) et les « troubles de la personnalité sans précision » (F60.9). La personnalité narcissique dans le CIM-10 apparaît comme exemple dans la catégorie des « autres troubles spécifiques de la personnalité ». Le trouble schizotypique par contre est rangé dans la section F20-F29 « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », les auteurs considérant que la schizotypie fait partie du spectre génétique de la schizophrénie.

Tableau 3 : DSM-IV-TR : Les trois clusters des troubles de la personnalité

Cluster A	Cluster B	Cluster C
TP paranoïaque	TP antisocial	TP évitant
TP schizoïde	TP borderline	TP dépendant
TP schizotypique	TP narcissique	TP obsessionnel-compulsif
	TP histrionique	

Tableau 4 : CIM-10 : F60 : Troubles spécifiques de la personnalité

F60.0	Personnalité paranoïaque
F60.1	Personnalité schizoïde
F60.2	Personnalité dyssoziale
F60.3	Personnalité émotionnellement labile
F60.4	Personnalité histrionique
F60.5	Personnalité anankastique
F60.6	Personnalité anxieuse [évitée]
F60.7	Personnalité dépendante
F60.8	Autres troubles spécifiques de la personnalité
F60.9	Trouble de la personnalité, sans précision

Il faut noter que les troubles spécifiques de la personnalité définis par le CIM-10 et le DSM-IV-TR ne représentent qu'une partie des troubles observés dans la clinique (3). C'est pour cette raison que les deux classifications ont regroupé les personnalités pathologiques ne relevant pas d'un trouble spécifique.

Pour le DSM-IV-TR il s'agit du diagnostic de « Trouble de la personnalité non spécifié », où sont rangées les personnalités mixtes ainsi que les autres troubles spécifiques, comme la personnalité dépressive ou passive-agressive. Le CIM-10 propose deux sous-groupes. Le premier est constitué par les « Autres troubles spécifiques de la personnalité » (F60.8) donnant comme exemples les personnalités de type « haltlose », narcissiques, excentriques, immatures, passives-agressives et psycho-névrotiques. En l'absence de caractérisation possible les autres troubles spécifiques sont classés comme « Trouble de la personnalité sans précision » (F60.9). Le deuxième sous-groupe est celui des « Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité » (F61) s'appliquant à des troubles qui ne correspondent à aucun des troubles spécifiques et qui, souvent, empruntent des caractéristiques de plusieurs d'entre eux.

◆ Les limites des classifications catégorielles

L'utilisation de l'approche catégorielle pour la description des troubles de la personnalité, depuis le 19^{ème} siècle et jusqu'à la publication du DSM-IV-TR, a fait l'objet de nombreuses critiques.

Les limites du DSM-IV résident d'après différents auteurs, dont le président du groupe de travail sur les troubles de la personnalité pour l'élaboration du DSM-V, sur les points suivants :

- Les cooccurrences entre différents troubles de la personnalité sont extrêmement fréquentes. Il a été constaté qu'en population clinique 60% des patients présentant les critères pour un trouble de la personnalité présentent également les critères pour au moins un autre trouble, et 25% d'entre eux pour plus de deux troubles.
- Il existe une très grande hétérogénéité entre les patients recevant le même diagnostic. Ainsi, deux personnes peuvent recevoir le diagnostic de personnalité borderline tout en n'ayant qu'un seul symptôme en commun.
- Le seuil déterminant le passage du normal au pathologique est arbitraire.
- Les catégories diagnostiques ont un faible pouvoir descriptif : dans une méta-analyse de 51 études les troubles de la personnalité non spécifiés représentent 21% à 49% de tous les troubles de la personnalité en population clinique.
- Les classifications catégorielles ont une faible utilité clinique dans la mesure où ils n'existent pas ou peu de traitements spécifiques.
- L'évaluation clinique est complexe avec une concordance diagnostique interjuges faible, nécessitant le recours à des lourds instruments de recueil critériologique.
- Il existe une faible stabilité temporelle, le trouble obsessionnel-compulsif étant le seul à présenter une bonne stabilité temporelle à long terme (3).

◆ DSM-V

Devant les multiples sources d'insatisfaction vis-à-vis des classifications catégorielles, un intérêt grandissant s'est développé chez les praticiens pour l'approche dimensionnelle de la personnalité, qui, en revanche, a toujours eu la préférence des psychologues. C'est dans ce contexte que le DSM-V a été élaboré.

Le thème de la personnalité a été inclus dans la *Research Agenda for DSM-V* et la piste dimensionnelle a été encouragée. Le groupe de travail chargé des troubles de la personnalité, présidé sous A. Skodol, a publié en février 2010 des recommandations initiales, dont la plupart réellement innovantes. Ces recommandations préconisaient des nouveaux critères diagnostiques généraux (Tableau 5), une description dimensionnelle du fonctionnement global d'une personnalité en cinq points (de 0 à 4) ainsi qu'un modèle hybride, associant catégories et dimensions. Le nombre des catégories diagnostiques a été limité à cinq, les personnalités paranoïaques, schizoïdes, narcissiques, histrioniques et dépendantes étant considérées comme des simples traits pathologiques de personnalité. La manque de justifications empiriques suffisantes ainsi que l'insuffisance de démonstration de leur intérêt clinique ont été les arguments principaux pour cette décision. Six dimensions de la personnalité ont été retenues avec 37 facettes, choix inspiré par le modèle à cinq facteurs.

Tableau 5 : DSM-V : Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

- | |
|---|
| <p>A. Altération du fonctionnement de la personnalité qui se traduit par des difficultés d'intensité au moins moyenne dans au moins deux des quatre domaines suivants : l'identité et l'autodétermination pour le Soi (manque de différenciation du sens de soi, autodétermination faible), et l'empathie et l'intimité pour le fonctionnement interpersonnel (manque d'empathie, déficit d'intimité, manque de sociabilité ou d'intégration des représentations d'autrui).</p> <p>B. Existence d'un nombre suffisant de traits de personnalité pathologique.</p> <p>C. L'altération de la personnalité et l'expression des traits sont relativement stables dans le temps et constants à travers des situations.</p> <p>D. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas mieux compris comme normales en considérant le stade de développement ou le contexte socioculturel.</p> <p>E. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas seulement dus à l'effet direct d'une substance ou à un état qui relève de la médecine générale.</p> |
|---|

Les réactions du monde scientifique à ces propositions initiales du groupe de travail ont été nombreuses et majoritairement défavorables. Les recommandations ont été considérées trop complexes, n'ayant pas fait l'objet de travaux empiriques suffisants et n'ayant pas montré leur intérêt clinique. Des critiques ont été également formulées au sein du groupe même de travail. Une

enquête réalisée auprès de 520 psychologues et psychiatres, membres de deux associations internationales d'étude des troubles de la personnalité, montrait que la remise en cause de la validité des catégories diagnostiques du DSM-IV concernait qu'une minorité des spécialistes.

Dans ce contexte, les décisions définitives du groupe de travail ont été les suivantes :

- Rétablissement de la personnalité narcissique comme entité à part entière.
- Diminution du nombre des dimensions à cinq et du nombre des facettes à vingt-cinq (Tableau 6).
- Suppression définitive de l'axe II. Les troubles de la personnalité allaient désormais figurer à côté des autres troubles mentaux, selon la conception où il existe une continuité entre les syndromes cliniques en psychiatrie et les troubles de la personnalité.
- Les catégories diagnostiques du DSM-IV ont été intégralement conservées ainsi que leurs critères diagnostiques. Le modèle alternatif n'a pas été intégré dans la section II du DSM-V mais dans une nouvelle section (section III) intitulé « Emerging Measures and Models » avec d'autres troubles pour lesquels des études complémentaires sont nécessaires. Selon ce modèle hybride si un sujet répond aux critères généraux et aux critères d'une des six catégories retenues, le diagnostic est porté. Dans le cas où un sujet répond au critère A mais à aucun des critères B pour les six troubles spécifiques, le diagnostic est celui de « trouble de la personnalité spécifié par des traits » dont le critère B est le suivant : « Il existe un ou plusieurs domaines de traits pathologiques ou une ou plusieurs facettes de traits à l'intérieur de chacun des domaines » (7).

Tableau 6 : Domaines et facettes de personnalité proposés pour le DSM-5

5 domaines	Affectivité négative (vs Stabilité émotionnelle)	Détachement (vs Extraversion)	Antagonisme (vs Agréabilité)	Désinhibition (vs contrainte)	Psychotiscisme (vs Lucidité)
25 facettes	-Labilité émotionnelle -Tendances anxieuses -Insécurité de séparation -Persévération -Tendance à la soumission -Hostilité -Dépressivité -Méfiance	-Labilité émotionnelle -Tendances anxieuses -Insécurité de séparation -Persévération	-Tendance à la manipulation -Fausseté -Grandiosité -Recherche d'attention -Dureté	-Irresponsabilité -Impulsivité -Distractibilité -Prise de risques -[Manque de] perfectionnisme rigide	-Croyances et expériences inhabituelles -Excentricité -Dysrégulation cognitive et perceptuelle

La classification des troubles de la personnalité lors de la cinquième édition du DSM, publiée depuis mai 2013 et traduite maintenant en français, a été considérablement remaniée et ne fait pas l'unanimité. Son utilité clinique reste à être démontrée par les études de terrain.

1.2.2. Evaluation des troubles de la personnalité

◆ Instruments d'évaluation standardisés

La présence d'un trouble de la personnalité peut être évaluée à l'aide de check-lists, de questionnaires ou d'entretiens semi-directifs.

Les check-lists regroupent les critères des troubles et indiquent le nombre des critères qui doivent être présents afin que le diagnostic puisse être porté. Ainsi, les *symptom checklists for ICD-10 mental disorders* permettent l'évaluation des troubles mentaux selon la CIM-10, y compris les troubles de la personnalité. Les *international diagnostic checklists*, sont disponibles en deux versions, pour l'évaluation des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV.

Les questionnaires comprennent des questions ou des propositions afin que le sujet puisse préciser lui-même si un ou plusieurs critères diagnostiques s'appliquent à sa personne. Leur utilisation concerne principalement le dépistage. Le *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)* est destiné à l'évaluation des troubles de la personnalité retenus dans le DSM, du DSM-III au DSM-IV-TR.

Les entretiens semi-structurés permettent au clinicien d'évaluer la présence de chacun de critères diagnostiques de chaque trouble à l'aide de questions, de conseils et de directives. La fidélité interjuges du diagnostic de trouble de la personnalité peut ainsi être considérablement améliorée. Certains de ces entretiens s'appliquent à des troubles spécifiques de la personnalité, comme le trouble borderline, alors que d'autres évaluent l'ensemble des troubles. Les trois principaux sont le *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II)*, le *Structured Interview for DSM-IV personality (SIPD-IV)* et l'*International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Le SCID-II évalue les dix troubles de la personnalité définis dans le DSM-IV ainsi que la personnalité dépressive et la personnalité passive-agressive, incluses dans l'annexe B du DSM-IV. Le SIPD-IV évalue en plus la personnalité à conduite d'échec figurant dans l'annexe B du DSM-III-R, soit treize troubles de la personnalité au total. L'IPDE permet finalement l'évaluation des troubles de la personnalité de la CIM-10 et du DSM-IV (8).

1.3. Les comorbidités

1.3.1. Troubles de la personnalité et troubles affectifs

◆ La dépression

Différentes hypothèses ont été proposées afin de conceptualiser les liens entre dépression et personnalité (9,10).

Selon l'hypothèse classique de l'approche psychanalytique évoquée à travers la notion de structure de la personnalité, certaines caractéristiques de la personnalité constitueraient un facteur de risque de survenue de troubles dépressifs. Pour Abraham, les sujets prédisposés à la mélancolie présenteraient des traits obsessionnels et de dépendance affective. Freud a utilisé l'analogie avec la structure du cristal pour décrire le fonctionnement intra psychique : la nature des décompensations psychiques serait prédéterminée selon la structure initiale de la personnalité, comme les lignes de rupture du cristal qui correspondent aux fragilités de sa structure interne. De même, selon les travaux de Bergeret, les personnalités limites développeront des dépressions de perte d'objet ou anaclitiques. La dichotomie ancienne entre la dépression endogène et la dépression psychogène ou nevritico-réactionnelle réfère également à cette conception de la personnalité comme facteur de vulnérabilité aux dépressions, sans qu'elle puisse être confirmée par les études empiriques (10).

Selon les approches plus récentes, catégorielles et dimensionnelles, la dépression serait susceptible de modifier la personnalité, d'où l'importance de l'évaluation de la personnalité à distance de l'épisode dépressif (9,11). Enfin, troubles de la personnalité et dépressions pourraient constituer l'expression d'un même processus pathologique sous jacent. Selon cette perspective, certains traits de la personnalité pourraient être considérés comme des formes infracliniques des troubles dépressifs (9).

Plusieurs études ont examiné la prévalence des troubles de la personnalité chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé. Friberg et al. (12) en 2014 a réalisé une meta-analyse de 122 études, de 1988 à 2010. Quarante-cinq pour cent de patients présentant un épisode dépressif majeur présentent également un trouble de la personnalité ; 9% souffrent d'un trouble de la personnalité du cluster A, 19% d'un trouble du cluster B et 30% d'un trouble du cluster C. Les personnalités les plus fréquentes sont la personnalité évitante (16%) et la personnalité borderline (14%). Parmi les patients avec un diagnostic de dysthymie, 60% présentent un trouble de la personnalité, les personnalités du cluster C étant les plus observées (évitante: 22%, dépendante : 13%, obsessionnelle-compulsive : 12%). Le sexe féminin joue un rôle de modérateur chez les

patients dysthymiques pour tous les troubles de la personnalité, et notamment les personnalités borderlines et histrioniques. Une durée plus longue de l'épisode dépressif majeur est liée à une fréquence plus élevée des troubles de la personnalité.

Outre l'approche catégorielle, l'étude dimensionnelle de la personnalité a examiné les liens entre dépression et personnalité. Certains facteurs premorbides ont été identifiés par les études prospectives sur une durée maximale de douze ans : le névrosisme, la labilité émotionnelle, l'asthénie, la timidité, la manque de confiance en soi. Des études familiales ont mis en évidence des traits relativement proches chez les apparentés des sujets dépressifs : névrosisme, psychorigidité, émotionnalité, timidité. Les études de jumeaux de Kendler et al. identifient le névrosisme comme étant le facteur qui permet de prédire le plus clairement la survenue des épisodes dépressifs. En ce qui concerne les dépressions sévères l'impulsivité serait un facteur de vulnérabilité spécifique (10).

En plus de la coexistence fréquente des troubles de la personnalité avec la dépression, la bibliographie met en évidence un profil clinique propre aux patients dépressifs avec un trouble de la personnalité comorbide. Ces patients sont plus jeunes lors de leur premier épisode dépressif, les récurrences sont alors plus fréquentes et plus sévères. Leur soutien social est moins important, leurs conditions de vie plus instables. Ils sont souvent isolés, célibataires ou divorcés, éprouvent des difficultés professionnelles et sont plus souvent hospitalisés. Leur symptomatologie dépressive est plus riche et plus intense avec une idéation suicidaire et des gestes suicidaires plus fréquents. La présence d'autres comorbidités de l'axe I comme les troubles anxieux et les conduites addictives est plus fréquente (10). Le trouble de la personnalité constitue d'ailleurs un facteur de mauvais pronostic de l'épisode dépressif majeur. Ce lien s'explique par des problèmes d'observance en termes de traitement et de suivi, une alliance thérapeutique plus fragile, une moindre motivation de la part du patient et une moindre efficacité des traitements antidépresseurs et de la psychothérapie (9, 10).

◆ Le trouble bipolaire

Il n'existe pas un trouble de la personnalité défini et unique qui paraisse lié de façon spécifique au trouble bipolaire. Les études révèlent des taux de comorbidité très variables allant de 22% à 48% selon l'outil diagnostique utilisé et le moment de l'évaluation par rapport à l'épisode thymique. La répétition des épisodes thymiques est également susceptible de modifier la personnalité sous-jacente (13).

◆ Les troubles anxieux

La bibliographie met en évidence une forte association entre les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. La meta-analyse de Friborg et al. (14) a inclus 125 études réalisées pendant la période 1980-2010 et examinant la présence des troubles de la personnalité chez des populations de patients anxieux. Au moins un trouble de la personnalité est présent, avec une fréquence allant de 35% chez les patients présentant un Syndrome de Stress Post-traumatique jusqu'à 52% chez les patients présentant un Trouble Obsessionnel-Compulsif. Les troubles de la personnalité du Cluster C sont plus fréquemment retrouvés (39%), peu importe le type du trouble anxieux. Cette différence est statistiquement significative par rapport aux troubles de la personnalité du Cluster B (19%) et A (13%). Parmi les personnalités du Cluster C, la personnalité évitante s'associe plus fréquemment aux troubles anxieux, suivie par la personnalité obsessionnelle-compulsive et la personnalité dépendante. Parmi les différents troubles anxieux, la phobie sociale présente la plus forte comorbidité (46%) avec la personnalité évitante. Dans cette meta-analyse un âge de début précoce de la phobie sociale est significativement associé au développement d'un trouble de la personnalité de type évitant.

Le lien entre troubles de la personnalité et troubles anxieux peut être conceptualisé à partir des modèles suivants :

- Le trouble de la personnalité peut constituer un facteur de vulnérabilité par rapport au développement d'un trouble anxieux. L'association du névrosisme et de l'introversion semble jouer un rôle important.
- Le trouble de la personnalité peut être une complication d'un trouble anxieux préexistant.
- Troubles de la personnalité et troubles anxieux seraient la conséquence d'un ou plusieurs facteurs étiologiques communs. La forte agrégation familiale entre troubles anxieux et troubles de la personnalité est en faveur d'un concept « gènes-environnement » comme éventuel facteur explicatif (15).

1.3.2. Suicidologie

Le trouble de la personnalité constitue un facteur de risque de suicide, ce lien étant particulièrement important pour les personnalités borderlines et antisociales.

La prévalence des troubles de la personnalité chez les suicidés varie entre 30% et 40%, le trouble de la personnalité étant le diagnostic principal pour 9% des cas. La personnalité la plus fréquemment retrouvée est la personnalité évitante (3-19%), suivie par les personnalités borderlines (7-11%) et antisociales (2-12%). Selon les différents clusters la prévalence des troubles de la

personnalité chez les suicidés varie entre 0.5 et 19% pour le cluster A, entre 15 et 19% pour le cluster B et entre 10 et 27% pour le cluster C.

Les études contrôlées confirment le rôle important du trouble de la personnalité comme facteur de risque de suicide, avec des odds ratio entre 6 et 7 quelque soit le trouble. L'association de deux troubles de la personnalité ou plus augmente considérablement le risque suicidaire (OR : 35.4).

Les sujets suicidés avec un trouble de la personnalité sont plus souvent des hommes, le sexe féminin étant particulièrement lié aux personnalités pures du cluster B. Dans la presque totalité des cas, on retrouve une comorbidité avec les troubles de l'axe I ; dans 95% des cas, il s'agit d'un épisode dépressif majeur et/ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. Le risque suicidaire est alors particulièrement accru : OR : 81.1 versus 11 en cas de trouble de la personnalité isolé. Chez les jeunes suicidés (11-35 ans) la prévalence des troubles de la personnalité est supérieure (21% versus 9% pour l'ensemble de suicidés), les personnalités borderlines et antisociales étant les plus fréquentes.

En ce qui concerne les tentatives de suicides, les troubles de la personnalité se retrouvent chez les patients suicidants avec une prévalence entre 40 et 50%. A partir des données de la grande étude épidémiologique NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions) conduite en population générale, les troubles de la personnalité ont été identifiés parmi les plus importants facteurs de risque de tentative de suicide. Les troubles spécifiques particulièrement à risque étaient le trouble borderline (OR :18.1), antisocial (OR :1.94), évitant (OR :1.57), dépendant (OR : 2.02) et schizotypique (OR : 1.33). Toutefois, la personnalité narcissique n'était pas liée à un risque de suicide (OR : 0.58, IC :0.43-0.80).

Dans une étude tirée également de NESARC, les troubles de la personnalité sont identifiés comme la variable la plus fortement associée aux antécédents de tentatives de suicide chez les patients présentant un épisode dépressif majeur. Ces résultats soulignent le rôle supplémentaire des troubles de la personnalité comme co-facteurs de conduite suicidaire dans les troubles cliniques (16).

D'un point de vue dimensionnel, les traits de personnalité le plus fortement associés au risque suicidaire sont le névrosisme, l'intro/extraversion, l'impulsivité, l'agressivité/hostilité/colère/irritabilité et le sentiment de désespoir (17). L'effet de l'agressivité et de l'impulsivité semble être d'autant plus important chez l'enfant et l'adolescent alors que les traits obsessionnels et de rigidité cognitive accentuent le risque suicidaire chez le sujet âgé (16).

1.3.3. Troubles de la personnalité et addictions

Le DSM dans ses deux premières éditions avait rangé l'alcoolisme avec la toxicomanie parmi les troubles de la personnalité. Selon cette conception, les personnes dépendantes présenteraient une « personnalité addictive ». Lors des versions ultérieures, les conduites de dépendance sont décrites en tant qu'entités pathologiques à part entière, aucune étude contrôlée ne mettant en évidence de personnalité spécifique à l'alcoolisme ou aux toxicomanies.

Toutefois, les addictions représentent une comorbidité importante des troubles de la personnalité, compliquant leur évolution et leur prise en charge.

◆ Conduites alcooliques

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients alcoolo dépendants est très variable selon les études pouvant aller de 22 à 78%. Cette prévalence est très supérieure par rapport à celle retrouvée chez les patients présentant un trouble de l'axe I (45%) ou bien chez la population générale (9 à 16%).

La fiabilité de l'évaluation des troubles de la personnalité chez le sujet alcoolo dépendant se confronte à des limites de nature différente. D'une part, on peut citer la qualité des instruments diagnostiques utilisés (entretiens semi structurés, auto questionnaires), l'origine des populations (patients hospitalisés en psychiatrie ou en addictologie, suivis en ambulatoire ou vus aux urgences) et leur hétérogénéité (patients abuseurs ou dépendants, sevrés ou non). D'autre part, une limitation supplémentaire tient à la distinction entre les troubles primaires de la personnalité ayant conduit à la dépendance et les troubles secondaires induits par l'alcoolisme. Autrement dit, certains traits de la personnalité peuvent représenter une complication de la dépendance liée aux effets directs de l'alcool sur les fonctions cognitives ou aux conséquences sociales négatives de la conduite de dépendance. D'où l'importance de l'évaluation de la personnalité à distance de la période de dépendance (18).

Aux Etats-Unis la grande étude épidémiologique NESARC, conduite en population générale, a servi comme base de données afin d'examiner la prévalence des troubles de la personnalité chez les personnes abuseurs ou dépendants à l'alcool et aux autres drogues. Au moins un trouble de la personnalité a été retrouvé chez 19,8% des patients abuseurs d'alcool, alors que ce taux s'élevait à 39.5% chez les patients alcoolo-dépendants. Parmi les différents troubles de la personnalité, la personnalité antisociale était liée à un risque plus important d'abus ou de dépendance à l'alcool (OR :4.8, 4.1-5.6), suivie par les personnalités histrioniques (OR :4.7, 3.8-5.8) et dépendantes

(OR :3.0, 1.9-4.8). Chez les femmes alcoolo-dépendantes une association plus forte des troubles de la personnalité antisociaux, histrioniques et obsessionnel-compulsifs a été retrouvée (19).

Maclean and French en 2014 (20) ont incorporé les données de la deuxième phase de NESARC, qui a évalué les dix troubles de la personnalité. 25.4% d'hommes et 10.8% des femmes diagnostiqués comme abuseurs ou dépendants à l'alcool selon le DSM-IV présentaient au moins un trouble de la personnalité. Les personnalités antisociales, borderlines, narcissiques et dépendantes étaient liées à un risque plus important d'abus ou de dépendance à l'alcool pour les deux sexes. Chez les femmes, la personnalité histrionique constituait un facteur de risque supplémentaire. Les associations entre les troubles de la personnalité et l'abus d'alcool étaient plus fortes chez les plus gros consommateurs.

Contrairement à la population générale, chez les patients hospitalisés souffrant d'alcoolo-dépendance les taux de prévalence des troubles de personnalité sont supérieures, de l'ordre de 60%. Ces patients sont plus jeunes, absorbent une quantité d'alcool plus importante et deviennent dépendants plus tôt.

La bibliographie souligne également le lien entre la personnalité antisociale et l'alcoolo dépendance. On retrouve un profil clinique propre aux patients avec un trouble de la personnalité antisociale. Ces sujets débutent la consommation d'alcool plus tôt, développent un alcoolisme plus sévère qui s'associe plus souvent à des troubles du comportement hétéro et auto agressifs.

Concernant l'approche dimensionnelle de la personnalité, chez les sujets alcoolo-dépendants il existe des troubles du contrôle des impulsions, une susceptibilité à l'ennui et des comportements de désinhibition. Selon le modèle de Cloninger, les alcooliques de type II ont un niveau élevé de recherche de la nouveauté, associé à un bas niveau d'évitement du danger et de dépendance à la récompense.

La prise en charge du sujet alcoolo dépendant souffrant d'un trouble de la personnalité comorbide s'avère d'autant plus compliquée. Les problèmes d'observance du traitement et du suivi et le risque de rechute précoce sont les difficultés majeures (18).

◆ Toxicomanies autres

La présence d'un trouble de la personnalité constitue un facteur de vulnérabilité individuel au développement d'une toxicomanie et au maintien de l'utilisation de la substance psychoactive. Comme pour l'alcoolisme, il est important de bien distinguer les troubles de la personnalité, des troubles induits par la toxicomanie. Par exemple, la présence d'une personnalité antisociale doit

être évaluée avec précision, car la conduite toxicomaniaque, pour être maintenue, peut conduire à des comportements psychopathiques tels que les vols ou la violence (21).

La prévalence des troubles de la personnalité se retrouve particulièrement élevée chez les toxicomanes aux opiacés ou elle varie de 35% à 60% selon les études (21). Dans une étude française (22) ayant inclus 212 héroïnomanes sans domicile fixe, la prévalence du trouble de la personnalité antisociale était de 42%.

Parmi les différents troubles spécifiques, ceux du Cluster B, et notamment les personnalités borderlines et antisociales, sont les plus associés à la toxicomanie. Les toxicomanes présentant une personnalité antisociale débutent leur consommation à un âge plus jeune, sont davantage polyconsommateurs, et leur prise en charge se complique par des rechutes plus rapides ainsi que par des difficultés d'insertion sociale notables. La personnalité borderline est également considérée comme étant à risque de développement d'une addiction. Le trouble de la personnalité narcissique concernerait davantage les dépendants aux psychostimulants, et la personnalité schizotypique plutôt les consommateurs de cannabis.

D'un point de vue dimensionnel, les dimensions extraversion et psychoticisme sont les plus identifiées chez les personnes dépendantes ainsi que la recherche de la nouveauté. Le psychoticisme serait d'ailleurs particulièrement associé à la polytoxicomanie.

La prise en charge simultanée des troubles de la personnalité et des toxicomanies doit être privilégiée, dans le cadre d'une prise en charge globale de l'individu. La thérapie cognitive peut être d'ailleurs parfaitement adaptée aux troubles de la personnalité chez les patients souffrant d'une addiction comorbide (21).

1.4. Evolution des troubles de la personnalité

1.4.1. Le sujet âgé

Chez la personne âgée les troubles de la personnalité existent soit sous forme de continuum d'un trouble ayant évolué sur une vie, soit sous forme d'une réémergence d'une personnalité pathologique jusqu'à alors stabilisée. La décompensation d'un trouble de l'axe I, notamment d'un épisode dépressif majeur ou d'un trouble anxieux, constitue d'ailleurs un mode de révélation fréquent (23).

L'utilisation de l'approche catégorielle chez la personne âgée se heurte à des limites importantes car les critères diagnostiques actuels ne tiennent pas compte de l'évolution du contexte de vie et de l'état de santé globale de la personne. Par exemple, un déficit fonctionnel lié à l'âge ou la présence des troubles cognitifs peuvent entraîner des modifications dans le comportement et dans les relations sociales du sujet. Ainsi, un diagnostic de trouble de la personnalité peut être porté à tort (24).

Outre les limites de l'approche catégorielle, la perception de la vieillesse de la part de l'évaluateur et les préjugés sociaux portant sur les sujets âgés peuvent biaiser l'évaluation clinique. L'humeur dépressive « normale » des personnes âgées est un de ces préjugés. Finalement, le diagnostic d'un trouble de la personnalité suppose un âge de début précoce et nécessite l'obtention d'une histoire de vie fiable. Toutes ces difficultés expliquent l'absence d'outil d'évaluation adapté pour la personne âgée (23).

Certaines études épidémiologiques ont toutefois examiné la prévalence des troubles de la personnalité chez les sujets âgés. L'étude épidémiologique NESARC conduite en population générale a retrouvé la présence d'au moins un trouble de la personnalité chez 8% des sujets de plus de 65 ans (25). Chez les patients de la même tranche d'âge suivis en ambulatoire on retrouve une prévalence de 5 à 33%, alors que chez les patients hospitalisés ce taux varie entre 7 et 61,5% (26). Concernant le type de personnalité, il existe une plus forte prévalence du Cluster C, le trouble de la personnalité obsessionnel-compulsive étant le plus fréquent (27). A l'inverse, les personnalités du Cluster B sont significativement moins fréquentes chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes (28).

En ce qui concerne l'évolution des troubles de la personnalité lors du vieillissement, peu de données sont disponibles dans la littérature. Les personnalités du Cluster A évoluent souvent vers des complications classiques telles que l'isolement social, la décompensation délirante, le sentiment de persécution et le syndrome dépressif. Ces complications sont d'autant plus visibles

chez le sujet âgé car les contacts intimes peuvent devenir inévitables à cause du vieillissement (vie en institution).

Les personnalités du Cluster B sont marquées par des épisodes dépressifs de plus longue durée et par des difficultés sociales importantes. Lors du vieillissement, le trouble de la personnalité antisociale se caractérise par une diminution de l'impulsivité, une tendance à la désocialisation, à l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives et par une éventuelle évolution vers la clochardisation. De l'autre côté, les personnalités histrioniques peuvent évoluer cliniquement de façon très hétérogène, allant de l'apaisement à la décompensation psychiatrique bruyante. Ces patients réaménagent au cours du temps les relations avec leur environnement et leurs demandes se concentrent autour des plaintes somatiques, notamment sexuelles.

Le vieillissement semble apaiser le tableau clinique du trouble de la personnalité narcissique puisque la valorisation sociale est moins prononcée aux âges avancés. Il faut toutefois noter le risque de développement d'un épisode dépressif majeur, notamment lors d'une perte ou d'une dégradation brutale des fonctions physiques ou intellectuelles à cause du vieillissement. Finalement pour le trouble de la personnalité borderline, les études se limitent à l'âge de 55 ans.

L'évolution des troubles de la personnalité du Cluster C chez le sujet âgé a été très peu étudiée. Les personnalités évitantes se retrouvent souvent célibataires, sans enfants, isolées avec une grande solitude affective. Il existe dans ce groupe un risque de complication à type d'épisode dépressif majeur ou des troubles anxieux particulièrement élevé aux âges avancés. Les personnalités obsessionnelle-compulsives constituent par contre un de troubles les plus stables dans le temps, la rigidité, le perfectionnisme et l'incapacité à déléguer étant les critères les plus rigides (23).

Malgré leur fréquence, leur impact sur la qualité de vie et en termes de comorbidités, les troubles de la personnalité chez la personne âgée restent peu étudiés (23, 24). Les difficultés diagnostiques peuvent être en cause. L'utilisation d'items de mesure spécifiques à chaque tranche d'âge ou la sélection exclusive d'items de mesure qui sont neutres par rapport aux différents âges pourraient résoudre ces difficultés et encourager la conduite des études dans cette population des patients (24).

1.4.2. Le trouble de la personnalité borderline

Le trouble de la personnalité borderline a classiquement été considéré par les cliniciens comme ayant une évolution assez péjorative. Néanmoins, les résultats des études prospectives récentes

sur des grands échantillons montrent que l'évolution favorable est non seulement possible mais même fréquente (29).

Les deux principales études prospectives ayant examiné l'évolution du trouble de la personnalité borderline sont la MSAD (McLean Study of Adult Development) et la CLPDS (Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study). La MSAD (30) a inclus 290 patients borderline hospitalisés répondant aux critères du DSM-III et du DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised). Ces sujets ont été comparés à 72 patients présentant d'autres troubles de la personnalité. Des évaluations ont été réalisées tous les deux ans. A seize ans de suivi, 99% des patients borderline ont eu une période de rémission de deux ans, alors que 78% des patients ont atteint une rémission de huit ans. Le taux de récurrence était inversement proportionnel à la durée de la rémission : 36% des patients ont rechuté après une rémission de deux ans, alors que seulement 10% des patients ont présenté une récurrence après une période de rémission de huit ans. Comparés aux patients avec d'autres troubles de la personnalité, les sujets borderline ont atteint la rémission moins rapidement, cette différence étant statistiquement significative.

Malgré la diminution globale de la symptomatologie au cours du suivi, certains symptômes se sont montrés plus stables que d'autres. Les comportements autodestructifs et les symptômes d'allure psychotique ont régressé rapidement. Par contre, les symptômes affectifs et les difficultés dans les relations interpersonnelles se sont améliorés peu et lentement. La dysphorie et l'hyperréactivité de l'humeur ont persisté dans la majorité des patients. En ce qui concerne les comorbidités, la rémission clinique s'accompagne par la régression des troubles comorbides, à l'exception de l'abus de substances qui aggrave la symptomatologie du trouble de la personnalité borderline.

La CLPS (31) a inclus trois groupes de patients : 175 sujets borderline, 312 sujets présentant un trouble de la personnalité du Cluster C (158 sujets avec un trouble de la personnalité évitante et 154 sujets avec un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive) et 95 sujets présentant un épisode dépressif majeur sans trouble de la personnalité sous-jacent. A l'inclusion, 43% des patients étaient suivis en ambulatoire alors que 12% étaient hospitalisés. Les diagnostics ont été faits à l'aide du SCID. 66% des patients ont complété le suivi de dix ans.

A dix ans, 91% des sujets borderline ont atteint une rémission de deux mois, et 85% ont atteint une rémission de douze mois même en absence de traitement. Le délai jusqu'à l'atteinte de la rémission a été significativement plus long pour les sujets borderline comparés aux deux autres groupes. Le taux de récurrence était de 11% en ce qui concerne les rémissions de douze mois, et de 21% pour les rémissions de deux mois. Comparés aux deux autres groupes, les sujets borderline ont rechuté moins rapidement, la différence étant statistiquement significative. A l'inverse de l'étude MSAD, la CLPS a montré que tous les neuf critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline ont régressé au même rythme. Finalement, le fonctionnement social était marqué par une amélioration

statistiquement significative mais modeste. A dix ans de suivi, seulement 21% des patients borderline ont atteint un bon niveau de fonctionnement.

En conclusion, les deux études mettent en évidence un schéma évolutif du trouble de la personnalité borderline selon lequel les rémissions cliniques sont atteintes plus rapidement ; elles sont également plus fréquentes et plus bruyantes de ce qui était classiquement attendu par les cliniciens. Une fois la rémission atteinte, le trouble de la personnalité borderline semble être plus stable comparé aux autres troubles psychiatriques. Ces résultats étayent l'hypothèse selon laquelle les sujets borderline ayant trouvé des supports stables et évitant les facteurs de stress interpersonnels peuvent connaître la rémission clinique. Néanmoins, un dysfonctionnement social plus sévère semble persister chez le sujet borderline (31).

1.5. La thérapeutique

Les preuves scientifiques actuelles pour un traitement efficace des troubles de la personnalité sont insuffisantes.

Différents limites sont à prendre en considération lors de l'interprétation des données de la recherche. D'abord, la littérature se concentre autour de certains types de personnalité pathologique : principalement la personnalité borderline, et dans un moindre degré la personnalité antisociale. Les populations étudiées sont hétérogènes. Il n'y a pas de consensus sur les objectifs principaux et les méthodes d'évaluation des différentes thérapeutiques. Les problèmes méthodologiques sont fréquents, concernant notamment le double insu et les conflits d'intérêt. D'un autre côté, la forte comorbidité avec les troubles de l'axe I pose la difficulté supplémentaire de la distinction entre l'amélioration symptomatique du trouble comorbide et un changement profond de la personnalité sous jacente. Finalement, le dysfonctionnement interpersonnel et social, ainsi que les problèmes d'identité sont difficilement évaluables (32).

Deux approches existent dans le cadre du traitement des troubles de la personnalité : les traitements psychosociaux et la pharmacothérapie.

1.5.1. Traitements psychosociaux

Les traitements psychosociaux représentent le traitement de première intention du trouble de la personnalité borderline ainsi que d'autres troubles. Les interventions varient de thérapies cognitives et comportementales aux psychothérapies analytiques.

Ces interventions peuvent exister sous différents contextes (hospitalisation à temps plein, hôpital de jour, suivi ambulatoire), durant des périodes plus ou moins longues, en thérapie de groupe ou en thérapie individuelle. Les traitements psychosociaux ciblent différents aspects des troubles de la personnalité tels que les réponses anxieuses aux facteurs de stress externes vécus comme menaçants, les problèmes d'identité, le dysfonctionnement interpersonnel et les difficultés sociales du patient (32).

◆ Le trouble de la personnalité borderline

Différents types de thérapies spécialisées au trouble de la personnalité borderline existent et peuvent être utilisées dans le cadre de la prise en charge du sujet borderline. On peut citer la

thérapie comportementale dialectique, la thérapie centrée sur les schémas, la thérapie focalisée sur le transfert ainsi que la thérapie basée sur la mentalisation.

Ces approches semblent avoir des effets bénéfiques similaires sur l'évolution du trouble qui concernent principalement la diminution des comportements suicidaires et des symptômes aigus. Certaines caractéristiques sont par ailleurs communes dans les traitements qui ont démontré leur efficacité dans les essais cliniques : utilisation d'une approche structurée et protocolisée ; le patient est encouragé d'assumer son propre contrôle (p.ex. sensation de pouvoir) ; le thérapeute facilite le lien entre les émotions du patient et ses actes et les événements ; le thérapeute est engagé, réactif avec une attitude positive vis-à-vis du patient ; le thérapeute partage son expérience, y compris ses propres sentiments, avec d'autres intervenants (32).

Les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (33) suggèrent ainsi la mise en place d'une combinaison de thérapies, de groupe et individuelles, pour la prise en charge du sujet borderline. Ces thérapies doivent être associées à d'autres services (assistance sociale, aide aux addictions) mis à disposition du patient afin d'obtenir un résultat satisfaisant.

◆ Le trouble de la personnalité antisociale

La thérapie cognitive et comportementale s'est montrée efficace sous différents contextes chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale. Les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (34) suggèrent son utilisation en forme de thérapie de groupe chez les patients avec un trouble de la personnalité antisociale, y compris chez ceux présentant une addiction comorbide aux substances. Ce type d'intervention cible l'impulsivité, le dysfonctionnement interpersonnel ainsi que les comportements antisociaux.

◆ Les personnalités du Cluster A

Certains auteurs suggèrent que l'utilisation de la thérapie cognitive et comportementale chez les patients avec un trouble de la personnalité schizotypique pourrait apporter un bénéfice sur les troubles cognitifs et les difficultés sociales de ces patients. Néanmoins, il n'existe pas à l'heure actuelle d'essais cliniques randomisés de bonne qualité sur les personnalités du Cluster A (32).

◆ Les personnalités du Cluster C

La thérapie cognitive et comportementale ainsi que la thérapie psychodynamique se sont montrées efficaces dans les essais cliniques chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité du Cluster C. Un essai clinique randomisé conduit chez des patients avec un trouble de la personnalité évitante a d'ailleurs montré une meilleure efficacité de la thérapie cognitive et comportementale comparativement à la thérapie psychodynamique et au groupe-témoin.

Une méta-analyse ayant inclus spécifiquement les personnalités du Cluster C, conclut que les deux types d'intervention apportent un bénéfice modéré à important, sans qu'on puisse connaître quel trouble bénéficie le plus du traitement. L'amélioration la plus significative survient au cours de la psychothérapie alors que des changements moins importants se produisent durant la période de suivi (32).

1.5.2. La pharmacothérapie

L'indication de la pharmacothérapie dans la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité reste un sujet complexe, pour lequel les autorisations de mise sur le marché sont quasi inexistantes (35).

L'utilisation des psychotropes s'appuie sur le concept théorique selon lequel les traits de personnalité pathologiques peuvent être associés à des anomalies du système nerveux central. L'existence d'un support neurochimique des dimensions de la personnalité ainsi que les données de la neuro-imagerie étayent cette hypothèse et laissent envisager des traitements qui sont moins empiriques, plus ciblés et rationnels (36).

Néanmoins, l'approche dimensionnelle de la personnalité n'a pas été privilégiée lors des essais cliniques. Quasiment tous les essais examinant l'effet des médicaments sur la personnalité ont été conduits chez des sujets borderline. La faible qualité méthodologique, les petits échantillons, la courte durée des traitements et le grand nombre de critères de jugement sont les principales limitations de ces études (32).

◆ Le trouble de la personnalité borderline

Les recommandations officielles sur la prise en charge du trouble de la personnalité borderline ne permettent pas d'extraire un consensus sur la place de la pharmacothérapie.

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) (37) la pharmacothérapie représente un traitement adjuvant important du trouble de la personnalité borderline. Elle doit cibler les symptômes tels que l'instabilité affective, l'agressivité impulsive et les troubles cognitifs et perceptuels. De l'autre côté, les recommandations britanniques du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (33) suggèrent l'utilisation de psychotropes uniquement en période de crise ou en présence d'un trouble comorbide. En cas de crise aiguë, la durée du traitement ne doit pas excéder une semaine. Finalement, les recommandations australiennes du *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) (38) concluent que la pharmacothérapie ne semble pas pouvoir modifier la nature et l'évolution du trouble. Ainsi, son utilisation en tant que traitement unique ou traitement de première intention n'est pas justifiée.

Toutefois, les commissions du NICE et du NHMRC reconnaissent l'efficacité de certains antipsychotiques de deuxième génération (notamment l'aripiprazole et l'olanzapine) et de certains thymorégulateurs (notamment la topiramate, la lamotrigine et le valproate) sur la réduction des symptômes à court terme.

Ainsi, si un traitement est jugé nécessaire, les cliniciens doivent s'orienter vers les traitements qui ont démontré une certaine efficacité tels que les thymorégulateurs et les neuroleptiques. Les traitements pour lesquels l'efficacité n'a pas été démontrée (ISRS, antidépresseurs tricycliques et benzodiazépines) doivent être évités. Les recommandations du NICE soulignent par ailleurs qu'en absence de trouble comorbide, les praticiens doivent envisager l'arrêt ou la diminution de la pharmacothérapie (32).

◆ Le trouble de la personnalité antisociale

Selon le NICE, la pharmacothérapie ne devrait pas être utilisée pour le traitement du trouble de la personnalité antisociale et des comportements qui sont associés telles que l'agressivité, l'impulsivité et les colères. Toutefois, elle peut avoir une place dans le traitement des troubles comorbides, tels que la dépression, les troubles anxieux et les addictions.

Lors de la prescription d'un traitement psychotrope chez un patient souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale, les problèmes d'observance ainsi que le risque d'abus ou de dépendance doivent être pris en considération (34).

◆ Les personnalités du Cluster C

Les personnalités du Cluster C n'ont pas fait l'objet des essais cliniques randomisés. Néanmoins, la Fédération Mondiale des Sociétés de Psychiatrie Biologique suggère que l'efficacité démontrée des

antidépresseurs chez les patients ayant une phobie sociale, pourrait constituer une preuve d'efficacité de cette classe thérapeutique chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité de type évitant (32).

◆ Les personnalités du Cluster A

A l'heure actuelle il n'existe pas d'étude clinique examinant l'effet de la pharmacothérapie sur les personnalités paranoïaques et schizoïdes. La prescription d'antipsychotiques au long cours pourrait toutefois s'envisager chez les patients avec un trouble de la personnalité paranoïaque afin de cibler la rigidité psychique et la sthénicité (35).

Concernant la personnalité schizotypique, les études qui ont été réalisées sont peu nombreuses, majoritairement ouvertes, avec des populations hétérogènes. Les études les plus anciennes ont montré une partielle amélioration des symptômes négatifs avec des faibles posologies de neuroleptiques classiques (tiothixène et halopéridol). Ces traitements diminueraient les manifestations telles que les illusions, les idées de référence, le psychoticisme, les distorsions cognitives, la déréalisation, les manifestations du registre obsessionnel-compulsif et l'anxiété. Par ailleurs, une étude randomisée en double aveugle contre placebo a été conduite chez 25 patients sur neuf semaines afin d'évaluer le bénéfice de la risperidone sur la symptomatologie spécifique du trouble schizotypique. Le groupe qui a reçu la risperidone a présenté une diminution significative des scores des symptômes négatifs et généraux après trois semaines de traitement, et positifs au bout de sept semaines de traitement (32).

1.6. Les troubles de la personnalité en soins primaires

1.6.1. La prévalence en population générale

La prévalence des troubles de la personnalité en population générale a fait l'objet de plusieurs études. Les plus récentes utilisent la classification du DSM-IV-TR qui définit dix troubles de la personnalité. Leur présence en population générale est évaluée par des entretiens tels que le SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR personality disorders*), l'IPDE (*International Personality Disorder Examination*) et le SIDP-IV (*Structured Interview for DSM-IV personality*) et par des auto-questionnaires tels que le PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*). L'IPDE permet l'évaluation des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR et la CIM-10. La faible validité convergente de ces outils d'évaluation constitue la difficulté majeure dans leur utilisation lors des études de prévalence (39).

En 2011 Sansone et al. (40) ont résumé les cinq principales études menées en population générale aux Etats-Unis (Tableau 7). Un taux de prévalence relativement constant aux alentours de 10% a été retrouvé, le trouble de la personnalité le plus fréquent étant la personnalité obsessionnelle-compulsive, puis les personnalités narcissiques et borderlines. Il existe par contre une grande variabilité des taux de prévalence entre chaque trouble spécifique. Cette variabilité peut être attribuée à l'utilisation de différents outils d'évaluation mais aussi à l'évolution des systèmes de classification.

Tableau 7 : Principales études de prévalence des troubles de la personnalité en population générale aux États-Unis.

Auteur	Population (N)	Instrument (Classification)	Prévalence TP (%)	TP le plus fréquent (%)
J. Reich, 1989 (<i>Iowa study</i>)	235	PDQ (DSM-III)	11.1	OC (14.9) Dépendant (14.5) Schizotypique (13.2)
M.F. Lenzenwenger, 1997 (<i>Longitudinal Study of Personality Disorder</i>)	?	IPDE (DSM-IV)	11	Histrionique (2.9) Narcissique (2.7)
J.Samuels, 2002 (<i>Baltimore study</i>)	742	IPDE (DSM-IV)	10	Antisocial (4.5) Schizotypique (1.8) Évitant (1.4)
B.F. Grant, 2004 (<i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i>)	43093	IPDE (DSM-IV)	14.79	OC (7.9) Narcissique (6.2) Borderline (5.9)
M.F. Lenzenwenger, 2007 (<i>National Comorbidity Survey Replication</i>)	5692	IPDE (DSM-IV)	9.1	Évitant (5.2) Schizoïde (4.9) Schizotypique (3.3)

Outre-Atlantique les taux de prévalence varient d'un pays à l'autre (Tableau 8). En Europe occidentale les troubles de la personnalité sont présents avec une prévalence de 2.4% alors qu'en Norvège ce taux s'élève à 13.4%. La nature des troubles représentés varie aussi grandement entre les pays étudiés. En dehors des différences méthodologiques, la culture de chaque société et les événements historiques peuvent influencer les résultats en attirant certains troubles de la personnalité (40).

Tableau 8 : Prévalence des troubles de la personnalité en population générale dans différents pays du monde.

Pays (auteur)	Population (N)	Instrument (Classification)	Prévalence TP (%)	TP le plus fréquent (%)
Australie (H.J. Jackson, 2000)	10000	IPDE (CIM-10)	6.6	OC (3.1)
Norvège (S. Torgersen, 2001)	2053	SCID (DSM-III-R)	13.4	Évitant (5) Paranoïaque (2.4)
Grande-Bretagne (J. Coid, 2006)	626	SCID-II (DSM-IV)	4.4	OC (1.9)
Islande (E. Lindal, 2009)	805	DIP-Q (DSM-IV, CIM-10)	11-12	Schizotypique (9) OC (7.3)
World Health Organisation (Y. Huang, 2009)		IPDE (DSM-IV)		
-Colombie			7.9	
-Liban			6.2	
-Mexique			6.1	
-Nigeria			2.7	
-Chine			4.1	
-Afrique du sud			6.8	
-États-Unis			7.6	
-Europe occidentale			2.4	
Total			6.1	

La présence d'un trouble de la personnalité a été mise en lien avec certains facteurs sociodémographiques. On retrouve des taux de prévalence plus élevés chez les hommes, les personnes de bas niveau social, les chômeurs, les personnes qui sont divorcées et chez ceux ayant quitté l'école prématurément (28, 41). Le Cluster A est surreprésenté chez les hommes non mariés, le Cluster B chez les jeunes hommes de bas niveau d'études et le Cluster C chez les personnes plus qualifiées et célibataires (42). Les personnes sans domicile fixe constituent une autre population où les troubles de la personnalité sont plus fréquents qu'en population générale, avec une prévalence moyenne de 23.1% (39).

Il existe finalement une forte comorbidité entre les troubles de la personnalité : 60% des patients avec un trouble de la personnalité présentent également les critères pour, au moins, un autre trouble et 25.2% pour plus de deux troubles. La personnalité borderline est significativement associée aux troubles paranoïaques, schizotypiques, narcissiques, antisociaux, évitants et

dépendants. A l'inverse, les personnalités histrioniques et évitantes présentent les moins de comorbidités sur l'axe II (39).

1.6.2. Troubles de la personnalité et systèmes de santé

L'impact des troubles de la personnalité pour les systèmes de santé est considérable en raison d'une plus forte utilisation des services de soin par les patients présentant un trouble de la personnalité et notamment un trouble de la personnalité borderline.

Une revue de la littérature anglo-saxonne par Twomey et al. (43) a identifié les variables prédictives d'une importante utilisation des services de soin (généralistes, psychiatres, psychothérapies, prescriptions, hospitalisations, consultations aux urgences) par les patients souffrant d'un trouble mental en Angleterre. Les troubles de la personnalité figurent dans la deuxième position avec une bonne valeur prédictive.

De même, plusieurs cohortes nord-américaines ont montré une importante utilisation de soins (hospitalisation, psychotropes, urgences, consultations) par les patients borderline par rapport aux populations témoins (dépression, autre trouble de la personnalité). Ce profil d'utilisation évolue de façon décroissante et souvent épisodique (44-47). En France, Cailhol et al. (48) ont examiné rétrospectivement les données de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées retrouvant une différence accrue en ce qui concerne les hospitalisations (112.7 jours vs 5.3 jours) et la délivrance de médicaments du système nerveux central (nombre de délivrances: 276.9 vs 30.4) chez les patients avec un trouble de la personnalité borderline par rapport à la population générale. Par contre, aucune différence n'a été trouvée dans cette étude entre les patients borderline et ceux présentant un autre trouble de la personnalité.

Le même profil d'utilisation des soins s'applique dans le contexte médical. Les patients avec un trouble de la personnalité borderline ont tendance à consulter plus, reçoivent un nombre plus important de prescriptions et appellent plus souvent au cabinet (49). Sansone et al. (49) en 2011 ont montré que parmi les patients suivis en ambulatoire dans une clinique médicale, ceux présentant des traits de personnalité borderline avaient vu un nombre plus important de différents généralistes et spécialistes comparés aux patients non borderline. Il n'y avait pas pour autant de différence statistiquement significative en ce qui concerne le nombre des différentes structures consultées.

Les actes auto-agressifs (automutilations, tentatives de suicide), la présence de troubles anxieux comorbides et le bas niveau intellectuel sont des facteurs associés à des plus fortes utilisations de soins (47). Dans l'étude de Cailhol et al. (48) la seule variable discriminante parmi les plus gros

consommateurs de soins était le nombre des psychothérapies ultérieures, celui-ci étant inversement proportionnel à l'utilisation de soin.

Dans la même perspective, une étude néerlandaise (50) a estimé le coût social du trouble de la personnalité borderline, utilisant des patients suivis en ambulatoire et une analyse *bottom up*. Le coût social a été estimé à 2.222.763€ par an et à 16.852€ par an et par patient. Les soins de santé représentaient 21.69%. La plus grande partie était liée à la perte de productivité due à la morbi-mortalité, ce qui rend ce coût considérable pour la société.

1.6.3. Les troubles de la personnalité au cabinet de médecine générale

◆ Démarche diagnostique

Dans le contexte des soins primaires, le médecin généraliste peut évoquer la présence d'un trouble de la personnalité à partir de plusieurs éléments (51), les deux sources principales étant le dossier médical et l'interaction avec le patient lors du suivi.

Il est important de tenir compte du dossier médical du patient, en particulier des antécédents médicaux et psychiatriques, où l'on retrouve souvent la présence d'épisodes dépressifs antérieurs ou récurrents, de troubles anxieux, de tentatives de suicide à répétition et l'utilisation de substances psychoactives. L'interrogatoire doit rechercher la présence d'événements traumatiques dans l'enfance (maltraitance, divorce) ainsi que le niveau du fonctionnement psychosocial. La situation familiale et professionnelle, la qualité des relations interpersonnelles sont indicatives.

Lors de l'interaction dans le cabinet médical, le patient avec un trouble de la personnalité réagira de façon inhabituelle ou disproportionnée dans une situation clinique donnée, déclenchant chez le praticien des réactions émotionnelles fortes. Il présentera souvent des demandes irréalistes au médecin en termes de temps, de disponibilité ou de capacité d'aide.

La prise en conscience de la part du généraliste de ses propres sentiments face au comportement du patient représente alors une aide diagnostique importante lors de l'évaluation de la présence d'un trouble de la personnalité. Cette démarche de la part du généraliste lui permettra d'identifier la source de ses réactions, conduisant ainsi à une évaluation plus attentive du comportement du patient lors des consultations ultérieures.

Une fois les éléments suggérant la présence d'un trouble de la personnalité identifiés, le généraliste doit les évaluer en tenant compte du profil médical et psychiatrique du patient. Ce dernier est particulièrement important car les troubles mentaux de l'axe I peuvent donner des tableaux

cliniques similaires. Pourtant dans ce cas, on arrive à identifier une date de début de la symptomatologie qui régresse ou disparaît avec le traitement adéquat. Au contraire, les troubles de la personnalité représentent des modes de comportement qui sont stables dans le temps et rigides. Il est alors indispensable d'évaluer le patient en dehors d'un épisode thymique ou anxieux et à distance de l'utilisation de substances psychoactives (51).

◆ Particularités cliniques en soins primaires : le cas de la personnalité borderline

Dans le contexte des soins primaires le trouble de la personnalité borderline présente un intérêt particulier, en raison de son association à certaines pathologies somatiques et d'un profil clinique différent du milieu psychiatrique.

La base de données de la grande étude épidémiologique NESARC conduite aux Etats-Unis a été utilisée afin d'étudier les liens entre la personnalité borderline et les pathologies somatiques. La présence du trouble de la personnalité borderline s'est révélée associée avec l'artériosclérose ou l'hypertension, les pathologies hépatiques, cardio-vasculaires, gastro-intestinales, rhumatismales et les infections sexuellement transmissibles, et plus généralement avec la présence d'au moins une pathologie somatique. Cette association a été retrouvée après ajustement sur toute comorbidité éventuelle à type de trouble anxieux ou de l'humeur, de prise de substances psychoactives et de co-existence d'autres types de personnalité pathologique (OR ajustés entre 1.46 et 2.80). Les pathologies cardiovasculaires et les infections sexuellement transmissibles étaient corrélées à la notion d'antécédents de tentative de suicide chez les patients borderline (52).

De plus, la littérature met en évidence un lien entre la personnalité borderline et les syndromes douloureux chroniques tels que la fibromyalgie, le syndrome du canal carpien et les lombalgies chroniques (53, 54). On retrouve une prévalence moyenne du trouble de la personnalité borderline aux alentours de 30% chez des populations diverses de patients douloureux (55), un taux très supérieur par rapport à la population générale. La perception de la douleur semble être exagérée chez les patients borderline - ou au moins ceux ayant une symptomatologie active - avec des expériences douloureuses plus handicapantes (ruminations, sensation d'impuissance, dramatisation) (53-55). Il faut toutefois noter que jusqu'à 80% des patients borderline ne rapportent aucune douleur lors des automutilations. Ce phénomène est décrit par Sansone (56) comme le paradoxe de la douleur ou *pain paradox*. Cet auteur explique ce paradoxe en suggérant que les expériences douloureuses chroniques, à l'inverse des automutilations, ne sont pas sous le contrôle du sujet borderline et par conséquent elles sont moins bien tolérées.

La prise en charge de la douleur chez les patients borderline pose un problème double. D'une part l'évaluation du niveau douloureux à l'aide des échelles visuelles analogiques reste toujours subjective. Etant donnée l'hypersensibilité des patients borderline à la douleur, le niveau douloureux sera de toute manière surévalué (56). D'autre part, la prescription d'un traitement antalgique efficace exige la prudence du prescripteur car le risque d'abus médicamenteux est accru : 64% des patients borderline ont présenté une addiction médicamenteuse comorbide au moins une fois dans leur vie, les benzodiazépines, les opioïdes et les stimulants étant les substances les plus utilisées (55). Il a été finalement démontré que la présence d'un trouble de la personnalité borderline chez une population de patients douloureux chroniques (hors cancer) traités par des morphiniques oraux, est indépendamment liée à l'apparition d'une dépendance aux morphiniques. Ce lien est retrouvé après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les caractéristiques de la douleur, les comorbidités psychiatriques et l'abus de substances (57).

Outre la sensibilité à la douleur, différentes études ont trouvé une corrélation entre la personnalité borderline et la présence de préoccupations somatiques multiples, les types des symptômes rapportés étant variés et non spécifiques (55, 58).

Ces constatations ont conduit certains auteurs (58) à suggérer qu'il pourrait y avoir une population de patients borderline vus uniquement en soins primaires – et pas dans le milieu psychiatrique – chez lesquels on arrive à identifier les thèmes dynamiques classiques de la personnalité borderline mais sous des présentations « médicalisées ». Ainsi, la négligence délibérée des conseils médicaux, l'abus des médicaments prescrits, l'exposition à des risques infectieux seraient des comportements équivalents au comportement autodestructif typique de patients borderline (automutilations, gestes suicidaires). Le mésusage de médicaments avec un potentiel additif référerait à l'impulsivité marquée des sujets borderline et aux problèmes d'autorégulation. Il a été constaté que les patients diabétiques borderline ont tendance à signaler plus de complications liées au diabète qu'on peut retrouver dans le dossier médical. Cette perception négative de la maladie perpétuerait le rôle de la victime. Finalement, la pathomimie serait une manifestation du comportement autodestructif afin d'obtenir l'attention des autres et d'éviter les abandons réels ou imaginés (58).

◆ Le suivi au cabinet de médecine générale : la relation médecin-malade

Les troubles de la personnalité sont par définition des affections d'évolution chronique. Lors de cette évolution la relation médecin malade est souvent mise à l'épreuve, en raison des modes du comportement du patient qui sont rigides et dysfonctionnels (51, 59). Une partie des patients avec

lesquels le généraliste éprouve des difficultés relationnelles présente par ailleurs des troubles de la personnalité (51).

Le comportement du patient dans son interaction avec le praticien au cabinet médical reflète le fonctionnement pathologique de la personnalité (Tableau 9). Ainsi, les patients présentant un trouble de la personnalité du Cluster A auront des réactions atypiques dans une situation clinique donnée alors qu'ils peuvent dévaloriser, accuser voire menacer le praticien. Les personnalités du Cluster B présentent des comportements provocateurs, manipulateurs ou exigeants et celles du Cluster C développent des relations de dépendance avec des demandes itératives (51).

Le médecin généraliste éprouve des sentiments de frustration, de colère ou d'impuissance et risque de s'emporter face au fonctionnement pathologique de la personnalité. Par conséquent, il adopte une attitude défensive, se montre moins empathique et moins disponible pour son patient auquel il attribuera souvent le titre de patient « difficile » (51). Des réactions similaires sont décrites dans la littérature de la part des psychiatres et des soignants du milieu psychiatrique vis-à-vis du patient avec un trouble de la personnalité borderline (60), qui se retrouve alors « rejeté » du système des soins (61).

Tableau 9 : Modes de comportement du patient avec un trouble de la personnalité dans le contexte médical

Cluster A

TP	Principales manifestations du trouble	Vécu des maladies	Modes de comportement dans le contexte médical
Paranoïaque	Méfiance, suspicion	Peur excessive des maladies, vulnérabilité	Méfiance vis-à-vis des compétences du soignant, patient revendicatif, recherche de conflits
Schizoïde	Détachement, émoussement de l'affectivité	Anxiété au contact des autres patients	Recours aux soins retardé, paraît non reconnaissant
Schizotypique	Croyances bizarres, isolement social	Perception inhabituelle des maladies, anxiété au contact des autres patients	Recours aux soins retardé, croyances bizarres, comportement ou aspect excentrique

Cluster B

TP	Principales manifestations du trouble	Vécu des maladies	Modes de comportement dans le contexte médical
Antisocial	Mépris des droits d'autrui	Colère, contrôle de la peur	Colère, malhonnêteté, comportement impulsif ou manipulateur
Borderline	Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, impulsivité marquée,	Représentations terrifiantes des maladies	Peur d'abandon, auto-agressivité, idéalisation et dévalorisation du médecin, préoccupations somatiques, sensibilité à la douleur

Histrionique	Recherche excessive de l'attention, exagération de l'expression émotionnelle	Menace pour l'estime de soi et le pouvoir de séduction	Dramatisation, recherche de l'attention, incapacité de se concentrer sur les données objectives et les détails, somatisation
Narcissique	Grandiosité, besoin d'être admiré, manque d'empathie	Frustration en raison d'un sentiment d'incapacité	Demandes exigeantes, attitude de revendication, déni de la maladie, alternance entre les louanges et la dévalorisation du médecin

Cluster C

TP	Principales manifestations	Vécu des maladies	Modes de comportement dans le contexte médical
Évitant	Retrait social dû à la peur du rejet	Sentiment d'infériorité et d'incapacité exagéré	Cache les informations, évite de poser des questions ou de contredire le praticien
Dépendent	Besoin excessif d'être pris en charge, comportement soumis et « collant »	Peur d'abandon, sensation d'impuissance	Demandes urgentes de prise en charge, « prolongation » des maladies afin d'obtenir l'attention du médecin
Obsessionnel-compulsif	Préoccupation par l'ordre et le contrôle, perfectionnisme	Peur de perte du contrôle des fonctions somatiques et des émotions	Pose trop de questions, s'intéresse aux détails, intolérance au changement des habitudes

◆ Le rôle du médecin traitant

Une fois le diagnostic évoqué, le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient avec trouble de la personnalité réside sur l'établissement d'une relation médecin-malade stable et durable afin d'obtenir une alliance thérapeutique et faire face aux problèmes relationnels. La définition d'un cadre clair dans lequel se développera cette relation est d'une importance majeure quel que soit le trouble de la personnalité (51, 59). La littérature propose des stratégies d'encadrement en fonction de chaque trouble spécifique (51, 59, 62) (Tableau 10).

Une fois la relation thérapeutique établie, le médecin généraliste pourra engager son patient dans un programme thérapeutique à l'aide des équipes psychiatriques spécialisées.

Tableau 10 : Stratégies d'encadrement du patient avec un trouble de la personnalité en soins primaires

Cluster A

TP	Stratégies d'encadrement
Paranoïaque	Attitude professionnelle, explications claires, empathie vis-à-vis des craintes du patient, pas de confrontation directe avec l'idéation paranoïaque.
Schizoïde	Attitude professionnelle, explications claires, respect de l'intimité du patient dans sa vie personnelle et sociale.
Schizotypique	Attitude professionnelle, explications claires, tolérance des croyances et des comportements bizarres, respect de l'intimité du patient dans sa vie personnelle et sociale.

Cluster B

TP	Stratégies d'encadrement
Antisocial	Vérification des motifs du patient, communication claire, discours non punitif, définition des limites bien claires.
Borderline	Pas de familiarité excessive, suivi régulier, explications simples, tolérance des colères dans des limites bien définis, prise de conscience des ses propres sentiments, avis spécialisé.
Histrionique	Pas de familiarité excessive, empathie vis-à-vis des sentiments du patient, mise en avant des données objectives.
Narcissique	Validation des inquiétudes du patient, réponses claires et attentives, focalisation sur la capacité du patient de gérer ses maladies.

Cluster C

TP	Stratégies d'encadrement
Évitant	Réassurance, validation des inquiétudes du patient, le patient doit être encouragé à rapporter les symptômes.
Dépendent	Réassurance, suivi régulier, limites claires en termes de disponibilité, recherche de personnes de soutien, le rejet du patient doit être évité.
Obsessionnel-compulsif	Réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique complets, explications approfondies, pas de focalisation sur l'incertitude, participation du patient dans la prise en charge des maladies.

1.6.4. Niveau de détection par le médecin généraliste

Peu de données sont disponibles dans la littérature sur la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité, en médecine générale.

La bibliographie suggère la présence de problèmes de détection par le médecin traitant qui rendent l'accès aux soins spécialisés difficile. L'étude de Cailhol et al. (63) réalisée auprès de sept médecins généralistes français a trouvé que seulement 46.2% des patients à risque élevé de présenter un trouble de la personnalité borderline avaient été engagés en programme de psychothérapie alors que 53.8% avaient reçu des psychotropes, notamment des benzodiazépines. Aux Etats-Unis, l'étude de Gross et al. (64) réalisée également en soins primaires a trouvé des résultats similaires : seulement 54.5% des patients complétant les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour le trouble de la personnalité borderline ont été considérés par le médecin traitant comme ayant une pathologie mentale évolutive et environ un sur deux avait bénéficié de soins spécialisés durant l'année précédente. Les recommandations australiennes sur la prise en charge du trouble de la personnalité borderline (38) signalent la présence de ces mêmes problèmes de diagnostic.

A l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil diagnostique validé en soins primaires. Il faut également souligner l'absence de recommandations nationales contrairement à l'Angleterre (33,34) et à l'Australie (38).

2. METHODE

2.1. Pourquoi ce sujet

La charge de la maladie mentale pèse considérablement sur l'activité du médecin généraliste. L'Insee précise que les troubles mentaux représentent la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes, et la première chez les patients de 25 à 60 ans. Les études mettent en évidence des taux variables allant de 15 à 40% de l'activité du médecin traitant, selon les méthodes. L'étude européenne ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) en 2003, a confirmé qu'en France le généraliste était le soignant le plus consulté en cas de problème psychiatrique ou psychologique. Un acte de médecine générale sur dix comporte d'ailleurs un soutien psychothérapeutique comme composante principale (65).

Les troubles de la personnalité représentent un secteur de la psychopathologie qui mérite l'attention des généralistes en raison de leur prévalence en population générale, de la forte comorbidité avec les troubles de l'axe I et des difficultés de prise en charge qu'ils entraînent. La bibliographie actuelle suggère la présence de problèmes de détection par le médecin traitant, alors que peu de données sont disponibles sur la prise en charge de ces patients dans le contexte des soins primaires au niveau national et international.

C'est dans ce cadre que le sujet de l'étude présente a été choisi. L'objectif est d'étudier la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité par le médecin traitant dans le contexte des soins primaires.

2.2. Le choix d'une méthode qualitative

Lors de la conception de l'étude, l'option pour une méthode qualitative a paru comme la plus appropriée par rapport à l'objectif visé. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer. Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants de comportements des acteurs (*comprendre*) plutôt qu'aux déterminants des maladies (*compter*). Elle permet ainsi d'explorer des phénomènes en répondant à des questions de type « comment » et « pourquoi » lors d'une démarche interprétative. Ses applications concernent d'ailleurs particulièrement l'aspect relationnel des soins (66).

2.3. Le choix de l'entretien comme technique de recueil des données

Un entretien d'après Labov et Fanshel (1977) est un *speech event* (événement de parole) dans lequel une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B.

L'utilisation de l'entretien comme technique de recueil de données est née de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que le dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. Autrement dit, l'entretien permet une conversation d'égal à égal qui produit des informations explicatives et approfondies dans un contexte défini. L'enquête par entretien fait alors apparaître les processus et relève la logique d'une action et son principe de fonctionnement.

De plus, l'utilisation de l'entretien s'impose chaque fois qu'on ignore le monde de référence ou que l'on ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées. A l'inverse du questionnaire, l'entretien ne pose pas des questions mais fait produire un discours (67).

Quand à l'étude présente, l'entretien a été choisi comme technique de recueil des données pour deux raisons différentes : premièrement, en raison du type des informations recherchées, puisqu'on cherche à explorer des pratiques médicales, ceci nécessitant le recueil des informations qui sont explicatives et approfondies ; deuxièmement, parce que les troubles de la personnalité en médecine générale restent très peu étudiés. Par conséquent, on ignore les facteurs discriminants des pratiques médicales, leur hiérarchie et leur système de cohérence interne.

2.4. L'entretien semi-dirigé

Différents types d'entretien sont disponibles dans le cadre de la recherche qualitative. Par rapport à cette étude, la conduite des entretiens libres ainsi que la technique du focus-group ont été écartés comme options. L'entretien libre implique un risque important d'être hors sujet et produit des informations qui sont par la suite très difficiles à traiter, à catégoriser et à interpréter (68). La conduite de focus-group (entretien collectif avec 5 à 8 médecins généralistes) a l'avantage d'être interactive et de susciter une dynamique du groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix (66). Par contre, l'organisation de focus-group demande à chacun de médecins interviewés d'être confronté à ses pairs. Il y aurait alors beaucoup de facteurs de résistance et de mécanismes de défense lors de la rencontre, puisque le sujet concerne des pratiques médicales individuelles (68).

Ainsi, l'entretien semi-dirigé a paru comme le type d'entretien le plus approprié pour cette étude. La conduite des entretiens semi-directifs nécessite l'élaboration d'un guide thématique (le guide d'entretien), qui structure l'interrogation sans diriger le discours. Il s'agit d'un premier travail de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). Il a aussi pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, d'avoir un discours librement formé par l'interviewé et un discours répondant aux questions de la recherche (67).

Afin de concevoir le guide d'entretien, les données bibliographiques actuelles sur les troubles de la personnalité en médecine générale ont été prises en considération (voir introduction). Ces données sont le résultat d'une recherche bibliographique sur les bases de données documentaires PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) et ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com>). Les termes « *médecine générale* », « *trouble de la personnalité* », « *personality disorders* », « *primary care* » ont été utilisés comme mots clés en différentes combinaisons. Des références bibliographiques ont été retenues en fonction de leur pertinence avec le sujet de l'étude.

Une fois la recherche bibliographique réalisée et après discussion avec la directrice de la thèse, le guide d'entretien a été élaboré (annexe 2). Les thèmes suivants sont abordés :

- La représentation nosologique du terme trouble de la personnalité pour le médecin généraliste.
- La démarche diagnostique devant un patient avec un trouble de la personnalité.
- La conduite à tenir en cas de suspicion de trouble de la personnalité : l'avis psychiatrique, la place de la psychothérapie, la prescription de psychotropes.
- Le suivi du patient avec un trouble de la personnalité au cabinet de médecine générale: les particularités, les stratégies d'encadrement, la prise en charge des problèmes somatiques, le suivi psychiatrique.
- L'évolution du patient avec un trouble de la personnalité : le regard du généraliste.
- Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité.
- Pistes d'amélioration dans le contexte des soins primaires.

2.5. Le choix de l'échantillon

Une fois les hypothèses formulées, le choix de l'enquête arrêté, se pose la question de savoir qui interroger et dans quelle population. Souvent, la définition de la population est incluse dans la définition même de l'objet (67). C'est le cas pour cette étude, puisque les acteurs de la prise en

charge sont les médecins généralistes. Le lieu de l'enquête est le secteur psychiatrique 12 qui dépend du pôle de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Dieppe. Ce secteur inclut des milieux d'exercice urbains, semi-urbains et ruraux.

Après discussion avec la directrice de la thèse et suite à la formulation des hypothèses initiales, il a été décidé de définir l'échantillon de l'enquête à partir d'une sous-population des médecins généralistes du secteur 12. Pour cette raison, j'ai sollicité le secrétariat du secteur afin d'avoir la liste des patients qui sont suivis en consultation et diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de la personnalité. Cette liste a été produite à l'aide du système informatique de l'hôpital de Dieppe en utilisant comme critère de recherche les codes diagnostiques F60-F60.9, qui correspondent aux troubles spécifiques de la personnalité selon le CIM-10. La recherche a été réalisée pour la période du 01/01/2015 au 10/12/2015. La liste comportait 57 patients.

Les médecins traitants de ces patients ont été retenus afin de définir la population de l'enquête. Le médecin traitant de chaque patient a été repéré à partir du système informatique. Pour les patients pour lesquels le nom du médecin traitant manquait, une recherche manuelle dans le dossier papier a été conduite. Le nom du médecin traitant le plus récent a été alors retenu.

Cette démarche a permis d'obtenir une liste de médecins généralistes qui suivent des patients ayant reçu le diagnostic d'un trouble de la personnalité par une équipe spécialisée. On a ainsi réussi à définir une population de médecins généralistes estimés d'être en meilleure position de répondre aux questions de l'enquête.

Les critères d'inclusion dans l'étude ont été les suivants :

- Être docteur en Médecine Générale.
- Exercer la Médecine Générale en libéral.
- Être installé depuis au moins un an.
- Accepter de participer à l'étude.

Le seul critère d'exclusion était le refus de la part du généraliste de participer à l'étude.

Pour la constitution de l'échantillon, des variables stratégiques supposées jouer un rôle dans la structuration des réponses ont été prises en considération. L'objectif de cette démarche est d'avoir un corpus diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. L'échantillonnage subit alors une double contrainte, et résulte du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations, et en même temps, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives. Il faut alors diversifier mais non disperser (67).

Les facteurs suivants liés aux médecins généralistes ont été pris en compte lors de l'échantillonnage : l'âge, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, l'expérience en tant que maître de stage universitaire. Afin que l'échantillon soit considéré suffisamment diversifié, il devrait comprendre :

- Au moins un médecin généraliste par tranche d'âge : 35-45, 45-55, 55-65.
- Au moins un médecin généraliste qui travaille en groupe et un qui travaille seul.
- Au moins un médecin généraliste par milieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural.
- Au moins un médecin généraliste ayant été ou étant maître de stage universitaire.

La présence d'une formation supplémentaire en psychiatrie n'a pas été retenue comme critère d'échantillonnage puisque un faible nombre des généralistes libéraux possèdent une telle formation. De plus, l'enseignement théorique de la psychiatrie durant le cursus universitaire de médecine générale reste limité et très hétérogène au niveau national d'une région à l'autre (69). Néanmoins, les médecins généralistes ont été interrogés sur la présence d'une formation spécialisée psychiatrique ou autre.

2.6. La taille de l'échantillon

Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Autrement dit, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. Ainsi, la taille du corpus dans l'enquête par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire (67).

Lors de l'enquête par entretien, le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments (66). Ainsi, il a été prévu de réaliser un minimum de dix entretiens avec les médecins généralistes du Secteur 12.

2.7. Le mode d'accès aux interviewés

Les coordonnées des médecins généralistes ont été vérifiées à partir des pages jaunes. Les praticiens ont été contactés au fur et à mesure des entretiens.

Le contact initial a été réalisé par téléphone. Lors de ce premier contact, j'ai présenté le projet de l'étude en sollicitant la participation du praticien. En raison de la charge de travail importante, le contact direct avec les généralistes a été pour la majorité des cas impossible. Un message a été

alors déposé au secrétariat du cabinet. Pour les médecins pour lesquels je n'ai pas eu de réponse, je me suis déplacée au cabinet pour demander l'accord du généraliste et prévoir un rendez-vous ultérieur pour la réalisation de l'entretien.

La date et le lieu de l'entretien ont été laissés au choix du généraliste. Une plage horaire d'au moins quinze minutes a été sollicitée idéalement au début ou à la fin des consultations afin de ne pas avoir la pression de la salle d'attente. Tous les entretiens ont été réalisés aux cabinets.

Au début de chaque entretien j'ai demandé l'accord du praticien pour enregistrer l'interview en assurant le respect de l'anonymat. L'enregistrement a été réalisé à l'aide de deux appareils : un magnétophone Olympus® Digital Voice Recorder VN-731PC et un Sony® XPeria (application EasyVoice Recorder). Aucun praticien n'a refusé l'enregistrement de l'entretien.

Comme la conversation s'est poursuivie avec quelques généralistes même après la fin de l'enregistrement, des notes ont été prises à la sortie du cabinet.

2.8. Modification du guide d'entretien au cours de l'enquête

Dans les études qualitatives, entre l'analyse et le recueil des données le processus est continu (66). Ainsi, tout entretien peut suggérer des hypothèses dont on cherchera des indices au cours des entretiens suivants, en amenant alors à infléchir le guide d'entretien initial (67).

Dans cette enquête, suite à la réalisation des trois premiers entretiens, il a été décidé de modifier le guide d'entretien car celui-ci, tel qu'il avait été conçu initialement, ne pouvait pas produire un discours qui répondait aux questions de l'enquête.

Plus particulièrement, à partir des réponses des trois praticiens (dont les caractéristiques sociodémographiques figurent dans le tableau 11), on a pu suggérer que la représentation nosologique du terme « trouble de la personnalité » pour les médecins interviewés ne correspondait pas à celle définie par les systèmes de classification. Les réponses fournies par les praticiens à la question introductive « C'est quoi pour vous un trouble de la personnalité ? » sont indicatives :

« Mais, c'est ce que les gens ressentent...déjà en général plutôt que... évidemment si c'est un délirant il ne va pas ressentir forcément, si c'est de l'ordre de la psychiatre lourde il n'est pas vraiment conscient, c'est plutôt l'entourage [...] Il y a... je sais pas, par exemple des personnalités antisociales, il y a des gens qui sont antisociaux. Est-ce que c'est une maladie ? Est-ce qu'il faut normaliser ? [...] ça rejoint de trucs un peu philosophiques. (I) », « Des gens qu'ont des problèmes avec la vie en général. Après c'est tellement vaste... (II) », « Euh des agitations, des troubles de la

mémoire, déambulations... Voilà, après on rentre dans des symptômes un peu plus psychiatriques avec persécution, phobies... Voilà (III) ».

Cette constatation était un premier indice, sans pour autant qu'on puisse extraire des conclusions sur la prise en charge des patients avec un trouble de la personnalité en médecine générale.

Afin de contourner cet obstacle, il a été décidé d'aborder le sujet à partir de cas cliniques. Les cas cliniques ont été sélectionnés parmi les patients qui ont été étiquetés avec un trouble de la personnalité et qui sont suivis au secteur 12. Ainsi, chaque médecin généraliste serait interviewé sur la prise en charge d'un cas de trouble de la personnalité qui fait partie de sa patientèle. Le guide d'entretien a alors été adapté en se référant, cette fois, au cas clinique (annexe 3). Les mêmes thèmes ont été pourtant retenus.

Tableau 11 : Données sociodémographiques des trois praticiens interviewés initialement

Médecin	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'installation	Formation spécialisée	Maitre de stage universitaire
I	H	62	Urbain	Groupe	32	Capacité d'addictologie, thérapie familiale	Oui
II	H	63	Rural	Groupe	32	Ostéopathie	Non
III	H	33	Urbain	Groupe	2	Non	Non

◆ Sélection des cas cliniques

Afin de recruter les patients qui allaient représenter les cas cliniques, différents facteurs ont été pris en considération.

- La liste initiale des patients a été revue avec la directrice de la thèse, qui a aussi fonction de chef du pôle de psychiatrie et de praticien hospitalier au secteur 12. On a pu constater qu'un nombre des patients avec des troubles graves de la personnalité bien connus du service, manquait. Le codage diagnostique était en cause, puisque certains patients sont codés sur la base des troubles comorbides. Ces derniers représentent d'ailleurs souvent les motifs initiaux de consultation ou d'hospitalisation.

Pour cette raison, l'ensemble des patients suivis en consultation par les différents PH du service sur les trois derniers mois ont été identifiés à l'aide du système informatique. J'ai relu ces listes

avec chaque PH pour que tous les patients ayant un trouble de la personnalité soient repérés et validés.

- Il a été décidé d'inclure les patients pour lesquels le trouble de la personnalité constitue le diagnostic principal, comme pour les personnalités du Cluster C, où les comorbidités peuvent dominer le tableau clinique. Pour ce cluster, le cas clinique a été choisi après discussion des dossiers avec la directrice de la thèse.
- Afin d'améliorer la qualité des informations produites lors des entretiens, les patients ayant une symptomatologie franche, avec une longue histoire de maladie, ont été privilégiés. Ainsi, on suppose que le médecin traitant aurait d'autant plus d'informations à fournir. Ces patients ont été signalés par les praticiens du service.
- Puisque certains patients auraient pu ne pas être suivis par le médecin traitant depuis longtemps, on a identifié les patients adressés initialement au service par leur médecin traitant ou pour lesquels le suivi par le médecin généraliste était assuré par le dossier médical.

Une fois la liste des patients répondant aux critères ci-dessus finalisée, il a fallu aussi déterminer les types des troubles spécifiques de la personnalité qui allaient représenter les cas cliniques. Parmi les personnalités du Cluster A, au moins une personnalité paranoïaque devrait faire partie des cas cliniques. Les personnalités schizoïdes et schizotypiques, ayant une symptomatologie plus proche du spectre de la schizophrénie, sont majoritairement suivies dans le milieu psychiatrique. Concernant les personnalités du Cluster B, la personnalité antisociale se rencontre d'avantage dans le milieu carcéral ; les autres troubles du Cluster B ont été alors privilégiés. Parmi les personnalités du Cluster C, il a été décidé d'inclure au moins un trouble spécifique.

Les médecins généralistes ont été contactés de la même façon. Les mêmes critères d'échantillonnage ont été appliqués.

2.9. Déroulement des entretiens

L'ensemble des entretiens ont été conduits entre le 13/02/2016 et le 06/12/2016. La durée d'enregistrement variait de 11 minutes 09 secondes à 29 minutes 18 secondes avec une moyenne de 17 minutes 27 secondes. Trois entretiens ont été réalisés avec le guide d'entretien initial et dix entretiens ont été conduits après la modification du guide.

Quatre médecins ont refusé de participer à l'enquête : deux par l'intermédiaire de leur secrétaire en raison de la charge de travail importante, et deux lors de notre rencontre initiale au cabinet. Un médecin m'a expliqué qu'il ne suivait pas le trouble psychiatrique de la patiente, il se jugeait alors

ne pas être capable de répondre aux questions de l'enquête. Le deuxième médecin généraliste a refusé d'échanger des informations du dossier médical sans avoir l'accord préalable de la patiente.

Après la réalisation de chaque interview, ceci a été retranscrit dans les jours à suivre. La retranscription a été faite de manière manuelle dans des fichiers individuels au format Microsoft Word® 2007 sans recours à des logiciels de reconnaissance vocale. Les entretiens ont été retranscrits intégralement sans reformulation ni correction des propos.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, pour une enquête qualitative dans le cadre d'une thèse, le nombre d'entretiens se situe en moyenne entre dix et vingt. Comme cité précédemment, un nombre minimum de dix entretiens a été déterminé avec la directrice de la thèse.

Après la réalisation du dixième entretien, l'enquête a été considérée comme close. D'une part, les critères d'inclusion des différents troubles spécifiques de la personnalité (voir chapitre XX) ont été atteints. D'autre part, par rapport aux questions ouvertes aux troubles de la personnalité en général (représentation nosologique, rôle du médecin traitant, pistes d'amélioration), j'ai retrouvé une répétition des idées des praticiens interrogés, sans renouvellement des informations, en faveur de la saturation des données.

3. RESULTATS

Cette étude comporte au total treize entretiens réalisés auprès de médecins généralistes du Secteur 12. Uniquement dix entretiens ont été retenus pour l'analyse des données. Les entretiens sont classés par ordre chronologique et chacun est nommé par une lettre alphabétique. Les énoncés propres aux médecins interviewés sont cités, inchangés, en italique et entre guillemets.

3.1. Données sociodémographiques des médecins

◆ Sexe - Age

Deux médecins femmes (B, J) et huit médecins hommes ont été interviewés. L'âge des médecins interviewés varie de 36 à 64 ans avec une moyenne de 55 ans.

Répartition des médecins interviewés selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	35-45	45-55	55-65
Médecin	F	A, B, J	C, D, E, G, H, I

◆ Mode et milieu d'exercice

Quatre médecins exercent seuls au cabinet et six médecins sont installés en groupe. Quatre médecins exercent en milieu rural, deux en milieu semi-rural et quatre en milieu urbain.

Répartition des médecins interviewés selon le mode et le milieu d'exercice

Mode d'exercice/ Milieu d'exercice	Urbain	Rural	Semi-rural
Groupe	A, B, C	E, G, I	-
Seul	H	D	F, J

◆ Maitre de stage universitaire

Deux médecins généralistes (F, I) accueillent des internes de médecine générale en tant que maitres de stage universitaire.

♦ Formation spécialisée

Aucun des médecins interviewés n'a une formation psychiatrique. Deux médecins généralistes (G, J) sont également gériatres. Le médecin J exerce en tant que médecin coordinateur à l'EHPAD de sa commune.

Tableau récapitulatif des données sociodémographiques des médecins interviewés

Médecin	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'installation	Formation spécialisée	Maitre de stage universitaire
A	M	49	Urbain	Groupe	16	Non	Non
B	F	53	Urbain	Groupe	8	Non	Non
C	M	63	Urbain	Groupe	35	Non	Non
D	M	61	Rural	Seul	30	Non	Non
E	M	64	Rural	Groupe	30	Non	Non
F	M	36	Semi-rural	Seul	8	Pédiatrie	Oui
G	M	61	Rural	Groupe	30	Gériatrie	Non
H	M	58	Urbain	Seul	15	Non	Non
I	M	58	Rural	Groupe	27	Urgences	Oui
J	F	51	Semi-rural	Seul	21	Gériatrie	Non

3.2. Entretiens

Entretien A

- Cas clinique

Femme de 51 ans présentant un trouble de la personnalité de type histrionique. Premier épisode dépressif majeur à l'âge de 26 ans avec début d'un suivi psychiatrique en ville. Premier contact avec le service à l'âge de 37 ans lors d'une consultation de la patiente de sa propre initiative, motivant l'hospitalisation initiale. Evolution du trouble marquée par la survenue de tentatives d'autolyse à répétition, dont une par défénéstration.

- Médecin A

Le médecin A suit la patiente au cabinet depuis quinze ans. Dès le début du suivi, un traitement antidépresseur était en place pour « *une anxio-dépression chronique* ». Le généraliste décrit le trouble psychiatrique en évoquant des problèmes relationnels dans le cadre familial, lesquels il met en rapport avec l'état psychologique de la patiente : « *Donc il y avait un contexte familial avec un mari plus âgé qu'elle [...] elle était très fusionnelle avec sa fille, sa fille à l'époque bah était une ado, donc il y a eu rapidement des distensions dans la famille avec la fille qui voulait un peu plus de libertés et la mère elle était un peu plus... voilà, ce qui a, je pense, redéséquilibré à l'époque son état psychologique.* ».

Pour le médecin A le trouble psychiatrique aurait évolué en deux phases. La phase initiale correspondrait à « *une dépression chronique* », durant la quelle l'état de la patiente n'avait pas de caractère inquiétant. Les consultations au cabinet étaient d'ailleurs peu nombreuses : « *Je l'ai vue à l'époque trois quatre fois pour entre guillemets catastrophe pour des... des crises de spasmodie quoi* ». Le tableau clinique a évolué par la suite d'après le généraliste vers une maladie « *plus lourde* » : « *un tableau que j'appellerai plus simplement dépressif quoi* ». Lors de l'évolution du trouble, les consultations au cabinet devenaient de plus en plus fréquentes : « *Je l'ai vu plusieurs fois en catastrophe ; quand elle veut se jeter par la fenêtre, quand elle veut... voilà.* ». Le praticien évoque de nouveau lors de son discours le même mode des relations interpersonnelles au sein de la famille : « *Elle a toujours des rapports très particuliers avec son mari, fin des rapports conflictuels particuliers avec son mari et puis avec sa fille quoi de toute façon... [...] Et avec toujours à menacer que ça soit son mari, sa fille, que si jamais ils allaient pas dans son sens, ils faisaient pas ce qu'elle voulait etc. elle voulait se jeter par la fenêtre. Elle a voulu se jeter par la fenêtre un certain nombre de fois.* »

Le généraliste décrit par ailleurs une crise suicidaire qu'il a été amené à gérer : « *Il y avait eu un conflit avec son mari qui était d'une banalité déconcertante... Elle avait... bon... fait euh ... c'est toujours difficile à dire mais pour moi elle avait fait beaucoup de cirque pour pas grande chose* ».

Lorsqu'on demande au médecin A de poser une étiquette diagnostique, il évoque la possibilité d'« *un trouble bipolaire* ». Il apporte comme éléments diagnostiques « *des périodes... un petit peu euh d'euphorie* » (« *bon c'était pas d'accès maniaques mais des périodes où tout allait bien* ») en alternance avec des périodes où « *sans raison ou pour des broutilles son état dépressif réapparaissait de manière un peu aigüe* ». Aucun diagnostic n'a été annoncé à la patiente.

Lors de la phase initiale, aucun suivi spécialisé n'a été proposé à la patiente. Le généraliste justifie cette décision par l'état moins prononcé du trouble ainsi que l'absence de demande de la part de la patiente. Quand à la psychothérapie, l'absence de prise en charge par la sécurité sociale en dehors du cadre hospitalier a été la raison pour ne pas la proposer, même si la patiente « *aurait pu en bénéficier* ». Le praticien a poursuivi la prescription de l'antidépresseur en rajoutant des anxiolytiques lors des décompensations anxieuses.

La relation médecin-malade est qualifiée comme « *anarchique* », avec « *des hauts et des bas* ». Le généraliste illustre de plus cette relation en décrivant une attitude manipulatrice de la part de sa patiente : « *elle a voulu aussi se servir de moi comme levier par rapport à son mari, par rapports à ses filles* », « *elle est manipulatrice avec sa famille, comme avec moi, comme avec le psychiatre* ». Il qualifie de plus sa patiente comme quelqu'un « *qui n'est pas toujours facile* ». Afin de faire face à ce comportement, le généraliste a opté pour des consultations individuelles au cabinet avec les différents membres de la famille.

Le praticien est loin d'être optimiste quand à l'évolution ultérieure, puisque le mode du comportement de la patiente reste inchangé : « *Il y a encore des pics voilà et puis bon... sa fille a un peu marre de certaines situations d'autant plus qu'elles travaillent normalement ensemble l'été fin. Il y a tous ça donc* ». Le généraliste s'interroge par ailleurs sur son étiquetage diagnostique, lequel il ignore : « *J'aimerais bien savoir où elle en est au niveau fin... étiquetage psychiatrique parce que pour moi j'ai un peu du mal à faire la part des choses entre sa recherche de bénéfices secondaires et sa vraie maladie* ». Le médecin A est globalement satisfait du suivi psychiatrique.

Le terme trouble de la personnalité pour le praticien A « *fait un peu fourretout* ». Il ne se juge pas en position de pouvoir donner une définition sur le plan nosologique. Toutefois, une fois le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type histrionique annoncé, le médecin remarque : « *L'hystérie, j'y ai pensé mais j'aurais pas pu annoncer un diagnostic* ».

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité pour le médecin A se résume à l'orientation vers le milieu psychiatrique. La nécessité d'étiquetage diagnostique et de prise en charge des manifestations aiguës sont pour le praticien les objectifs principaux. D'un autre côté, le généraliste souligne la surcharge des services psychiatriques qui peut rendre difficile l'accès aux soins spécialisés.

L'optimisation de la prise en charge de ces patients en soins primaires nécessiterait la facilitation de l'accès au psychiatre, la meilleure gestion des traitements psychotropes prescrits en ville et finalement la formation des médecins généralistes en psychiatrie. Le médecin conclut : « *Après un bon médecin généraliste peut ne pas être un bon psychiatre. C'est pas forcément un problème de connaissances, c'est un problème de contact* ».

Entretien B

- Cas clinique

Femme de 58 ans présentant un trouble de la personnalité de type histrionique. Premier épisode dépressif majeur à l'âge de 38 ans suivi par le médecin traitant. Premier contact avec le service à l'âge de 54 ans lors d'une crise suicidaire. Evolution du trouble marquée par des tentatives d'autolyse à répétition.

- Médecin B

Le suivi au cabinet de médecine générale date depuis sept ans. Lorsque le médecin B a débuté la prise en charge, un traitement antidépresseur et anxiolytique était en place depuis plusieurs années, introduit par l'ancien médecin traitant de la patiente. L'indication de ce traitement serait un « *épisode dépressif* » antérieur. Un suivi psychologique en ville était également en place depuis trois ans.

Le médecin B qualifie le trouble psychiatrique de sa patiente comme un « *syndrome dépressif* ». Le praticien évoque la présence de manifestations dépressives (« *Je la trouvais triste, fatiguée [...] La tristesse, le ras le bol* »), dans un contexte de difficultés dans le cadre familial et professionnel : « *Elle avait du mal à aller travailler, elle se plaignait beaucoup de son travail, elle n'arrivait pas à faire les choses correctement [...] parce qu'elle s'occupait de personnes âgées, elle se plaignait qu'elles l'embêtaient [...] C'était essentiellement son boulot, elle avait du mal* », « *il y avait aussi un problème avec sa petite fille qu'elle voyait plus* », « *Et puis surtout son gros problème c'était qu'elle était seule. [...] Donc bon... c'est la solitude aussi je pense qui la rend comme ça.* ».

Le généraliste a poursuivi le renouvellement du traitement psychotrope au cabinet. L'avis psychiatrique n'a pas été demandé puisque le praticien a jugé que le tableau clinique de la patiente ne justifiait pas une telle démarche. Le suivi spécialisé s'est alors établi au décours d'une crise suicidaire, qui a amené la patiente aux urgences psychiatriques. En ce qui concerne le suivi psychologique qui était d'ailleurs déjà en cours, le médecin B valide son intérêt pour la patiente, afin de « *l'aider à aller mieux* ».

Dès le début de l'entretien, le médecin B précise que le suivi au cabinet de médecine générale concerne principalement les problèmes médicaux de la patiente. Lors de l'interaction au cabinet le praticien ne signale pas avoir été confronté à des particularités, y compris au niveau relationnel. Le généraliste se montre d'ailleurs empathique vis-à-vis de sa patiente : « *Mais je pense qu'elle attend autre chose que des médicaments quoi. [...] Elle a besoin d'affection, elle a besoin de... Voilà. C'est ce que je ressens moi.* ».

Le médecin B déclare être satisfait du suivi psychiatrique devant un retour positif qu'il perçoit de la part de la patiente : « *Oui, je pense qu'il est bien son suivi. Elle est contente d'ailleurs. Donc ça la rassure. C'est un peu son... son abri là bas. [...] C'est ce que je ressens en tout cas.* ». La persistance d'une thymie dépressive rapportée par le médecin B, et que l'on pourrait interpréter comme une dysthymie, ne lui permet pas d'être optimiste quand à l'évolution ultérieure du trouble.

Le terme trouble de la personnalité correspond pour le médecin B à « *une pathologie en plus à traiter différemment* », sans qu'il puisse la définir sur le plan nosologique. Il est intéressant de noter que le praticien évoque toutefois spontanément les personnalités paranoïaques : « *Par exemple une personnalité paranoïaque ? C'est ça que vous voulez dire ? [...] Bah si le patient se trouve agressé tout le temps... si voilà... s'il se méfie de tout le monde.* ». Par rapport à la personnalité histrionique – anciennement appelé hystérique – le praticien énonce : « *Ah c'est histrionique maintenant. Donc, quelqu'un qui fait beaucoup de bruit pour rien quoi. En gros c'est ça.* ».

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des patients comme le cas clinique serait pour le médecin B de les orienter vers le milieu spécialisé. Le praticien considère que la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité dépend exclusivement du domaine du psychiatre, puisque le généraliste n'a pas la formation nécessaire pour assurer un rôle de suivi. Le médecin B conclut : « *Bah on a déjà beaucoup de choses à faire... alors je sais pas.* ».

Entretien C

- Cas clinique

Femme de 47 ans présentant un trouble de la personnalité de type histrionique. Patiente suivie par le Secteur 12 depuis l'âge de 39 ans ; premier contact via l'équipe de liaison lors d'une hospitalisation de la patiente dans le milieu médical. Trouble marqué par plusieurs tentatives d'autolyse avec nombreuses hospitalisations.

- Médecin C

Le médecin C suit la patiente au cabinet depuis trente-cinq ans, soit le début de l'adolescence. Le praticien signale l'apparition du trouble psychiatrique au début de l'âge adulte. Pour le généraliste, ce trouble évoluerait dans le cadre de difficultés relationnelles au sein du couple : *« Ça a commencé à aller mal quand il y a eu une conjugopathie sévère qui dure depuis quinze/vingt ans [...] un problème euh de couple majeur qui avait dégradé la situation de D. et de son mari d'ailleurs. »*.

D'un point de vue diagnostique, le praticien ne se juge pas capable de poser l'étiquette d'un trouble de la personnalité. Il rapporte par contre le diagnostic qu'il avait inscrit dans le dossier médical de la patiente : *« Moi j'avais marqué syndrome dépressif, larvé, que j'ai barré, chronique, parce qu'il était plus larvé à la fin, sévère, sur conjugopathie deux croix. Voilà mon diagnostic. Et je n'en change pas. »*.

Le généraliste apporte comme éléments en faveur un tableau anxio-dépressif de plus en plus sévère nécessitant un traitement au long cours : *« Moi je la voyais souvent ici prostrée, pleurante, abattue, ayant envie de rien. Elle était souvent extrêmement cassée, cassée. »*. Aucun diagnostic n'a été annoncé, puisque le praticien considère que le patient dans le contexte des soins primaires est moins préoccupé par les étiquettes. De plus, le terme dépression porte toujours, d'après le généraliste, une mauvaise connotation pour le patient.

Le suivi psychiatrique n'a pas été suggéré dans la phase initiale devant l'état moins prononcé du trouble et les difficultés pour obtenir un rendez-vous en ville. Par la suite la patiente a toutefois sollicité un suivi spécialisé de sa propre initiative, ce dernier restant pour autant occasionnel.

Concernant la prise en charge psychologique, le praticien a jugé que la patiente ne serait pas observante pour adhérer à un suivi psychologique au long cours : *« Elle fait partie de ces gens où elle aurait bien voulu aller voir... faire une psychothérapie ; si elle y était allée une fois et qu'à la fin de la psychothérapie on lui dit voilà c'est ça, c'est fini. Non, elle aurait pas suivi une psychothérapie »*.

alors qu'elle suit peut-être maintenant, peut-être contraint et forcé. ». Un traitement antidépresseur a été introduit par ailleurs devant les manifestations dépressives.

Le généraliste désigne sa patiente comme étant « *très difficile à prendre en charge* », en raison des problèmes d'observance du traitement mais aussi parce qu'il s'y associait une comorbidité somatique lourde : « *Elle venait souvent pour les problèmes pulmonaires et une fois qu'on avait résolu le poumon, qui était plus grave, il fallait s'attaquer au deuxième problème psy. Donc c'était des consultations difficiles et longues* ». De plus, le médecin généraliste rapporte la présence des demandes itératives de la part de sa patiente avec l'évolution du trouble psychiatrique : « *Elle venait souvent demander de l'aide, à l'aide, à l'aide, mais elle aurait voulu... euh que je... chose je crois que je n'ai pas évidemment, que je résolve ses problèmes de couple et ça c'était pas possible. [...] Elle attendait beaucoup, beaucoup de moi, énormément [...] Donc les fois où à l'époque, maintenant je réponds plus au téléphone, ce n'est plus possible, elle m'appelait, elle m'appelait, elle m'appelait...* ».

Dans ce contexte, le généraliste décrit une dégradation progressive au niveau relationnel : « *J'ai eu très, très bonne relation avec elle jusqu'au mariage même on va dire aller les dix premières années [...] Et puis, plus ça se dégradait au niveau du couple... Quand il y a un problème de conjugopathie, le médecin il y a toujours, toujours dès le départ un tiraillement avec le médecin. Il y a toujours un qui essaie de...d'être proche de nous, il y a un qui s'éloigne* ».

Une fois le suivi spécialisé auprès du secteur 12 instauré, les consultations de la patiente au cabinet du médecin traitant sont devenues rarissimes. Le généraliste considère que l'évolution ultérieure du trouble ne peut être que défavorable. Il souligne d'ailleurs le risque de nouvelles tentatives d'autolyse.

Pour le médecin C le terme trouble de la personnalité est un terme « *nouveau* » et correspond à un trouble « *plus névrotique que psychotique qui entraîne des troubles de la vie courante plus ou moins majeurs* ». Le praticien considère que le médecin traitant pourrait avoir un rôle de suivi, uniquement lorsqu'il y a une certaine stabilité du trouble. L'optimisation de la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité en soins primaires nécessiterait la réorganisation de l'offre des soins afin que le généraliste puisse être plus disponible auprès du patient.

Entretien D

- Cas clinique

Femme de 56 ans présentant un trouble de la personnalité de type paranoïaque. Patiente adressée au service par le médecin traitant pour « rechute dépressive chez une patiente présentant des antécédents anxio-dépressifs chroniques ». Absence de suivi psychiatrique antérieur.

- Médecin D

Le médecin D lorsqu'il décrit l'histoire du trouble psychiatrique de sa patiente évoque « *un état dépressif chronique* » qui évolue depuis huit ans. Le suivi au cabinet de médecine générale date depuis onze ans environ.

Pour le médecin D le trouble psychiatrique serait lié à un contexte familial particulier : « *Manifestement il y a un gros gros problème relationnel avec sa mère. Bah elle l'a toujours dévalorisée par rapport à son frère, de fois elle était très exigeante avec elle, donc bah elle est rentrée dans un cycle où il fallait que tout ce qu'elle fasse soit absolument parfait pour satisfaire sa mère ; depuis qu'elle est toute jeune.* ».

Le généraliste décrit des périodes de décompensation dépressive au cours du suivi qui ont nécessité la mise en place de différents traitements antidépresseurs : « *Elle a oscillé toujours depuis huit ans, entre cinq-six mois d'antidépresseur, puis ça allait mieux, elle souhaite arrêter, puis au bout de deux, trois mois ça rechutait. Ça a toujours été comme ça depuis huit ans pratiquement en fait.* ».

Le praticien évoque en parallèle la présence de difficultés relationnelles dans le cadre familial et professionnel qui seraient à l'origine des rechutes dépressives : « *Et puis il y avait aussi des soucis relationnels avec une belle-fille en plus. Et du coup problème relationnel avec son fils. Sa belle-fille elle était quelqu'un de très méprisant avec Mme T.A., d'exigeant, se permettant des remarques chez Mme T.A. Comme c'était sa belle-fille et que son fils ne disait rien, bah elle rongait son frein, elle renfermait tout ça quoi, donc...* », « *Il y a eu beaucoup de réorganisation à son travail. [...]. Donc elle a eu une charge de travail qu'elle arrivait plus à assumer du tout. Puis elle a alerté la direction et tout mais il n'y a pas eu de... il n'y a pas eu de réponse quoi en fait.* ».

Le médecin D s'interroge sur la pertinence du diagnostic de « *dépression chronique* » devant l'absence d'amélioration malgré les différents traitements introduits, mais aussi devant l'alternance entre une certaine stabilité et les rechutes dépressives : « *elle est vraiment entre des phases où pendant quinze jours elle reprenait ses activités, le sport, la lecture, le jardin, puis ça recraquait...euh assez vite en fait* ». La possibilité d'un trouble bipolaire est abordée par le

généraliste, sans qu'il puisse affirmer un tel diagnostic avec certitude. Dans ce contexte, le diagnostic de « *dépression* » a été annoncé à la patiente, auquel elle a déjà été confrontée par son ancien médecin traitant.

Le contact avec le milieu psychiatrique s'est déroulé dans un contexte d'urgence lors d'une recrudescence anxio-dépressive du trouble avec présence d'un risque suicidaire élevé. Le praticien explique avoir proposé auparavant le suivi spécialisé à sa patiente, sans qu'elle accepte. Concernant une prise en charge psychologique, le généraliste confirme l'avoir suggéré dans l'idée d'un suivi multidisciplinaire : « *C'était euh... pour essayer à plusieurs, d'essayer de l'aider au mieux... c'est puis aussi le besoin moi en tant que soignant de ne pas être tout seul non plus pour gérer et qu'on puisse ensemble euh essayer d'apporter le mieux à la patiente* ».

La relation médecin-malade est qualifiée comme « *une relation normale avec plutôt de l'empathie* » sans difficultés particulières. Concernant le suivi psychiatrique, le généraliste souligne l'absence de retour, en forme de comptes-rendus de suivi.

Le praticien prévoit une évolution du trouble psychiatrique sur un mode chronique. La chronicité de l'affection psychiatrique serait en lien avec son origine : « *Je crains que ça soit très très long. [...] il y a le fond de sa relation très très conflictuelle avec sa mère qu'elle a à mon avis toujours pas solutionnée donc euh... Je sais pas. [...] à mon avis ça va prendre du temps en années* ».

Le terme trouble de la personnalité pour le médecin D n'a pas de signification nosologique précise : « *C'est très flou. Il y a pleines de choses derrière* » ; ce terme correspondrait d'ailleurs à des patients ayant besoin d'un suivi au long cours.

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité réside pour le médecin D sur l'orientation vers le psychiatre. Le médecin traitant pourrait toutefois conserver un rôle de suivi : « *C'est comme quelqu'un qui a un cancer, au moment de la chimio et autre on délègue. Bon c'est pas nous qui prenons la décision thérapeutique. Après on voit le suivi, on voit les gens si ils ont des problèmes, des complications ou des soucis de tolérance.* ».

L'optimisation de la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité en soins primaires nécessiterait une meilleure formation des généralistes en psychiatrie, la facilitation de l'accès aux soins spécialisés ainsi qu'une meilleure communication entre généraliste et psychiatre.

Entretien E

- Cas clinique

Femme de 51 ans présentant un trouble de la personnalité de type histrionique. Evolution du trouble compliquée par le développement d'une alcoolo-dépendance comorbide. Patiente suivie par le service depuis cinq ans. Notion d'épisode dépressif majeur en ville avec plusieurs tentatives d'autolyse.

- Médecin E

La patiente est suivie au cabinet de médecine générale depuis vingt ans, alors que le trouble psychiatrique évolue depuis quinze ans environ. Pour le médecin E il s'agit d'« *une dépression chronique avec une alcoolo-dépendance* ». Le praticien signale par ailleurs la survenue des tentatives d'autolyse à répétition pour « *la moindre contrariété* ».

Le généraliste associe le trouble psychiatrique de sa patiente à des problèmes relationnels intrafamiliaux : « *Elle n'a pas supporté le deuil de son père, le décès de son père plutôt, les problèmes avec sa fille, les problèmes avec son mari. Mais c'est là que ça n'allait pas du tout. Parce qu'elle était incapable de se prendre en charge.* »

En reprenant les comptes-rendus d'hospitalisation, le praticien aborde les différents diagnostics qui ont été évoqués dans le milieu psychiatrique : « *épisode dépressif majeur, alcoolisation chronique, trouble de la personnalité* ». Concernant l'étiquette trouble de la personnalité, le praticien énonce : « *...trouble de la personnalité mais personne ne met un... un nom là-dessus, quoi en fait* ».

Aucun diagnostic n'a été annoncé à la patiente de la part du généraliste. Différents traitements antidépresseurs ont été introduits devant la présence de manifestations dépressives ainsi qu'un traitement somnifère pour des troubles du sommeil. La psychothérapie n'a pas été proposée en raison de l'absence de psychologue dans le milieu d'exercice du généraliste. Le praticien considère pour autant qu'elle était indiquée, devant la persistance d'un fond dépressif chronique et l'inefficacité des différentes thérapeutiques.

L'avis psychiatrique a été sollicité lors de la première tentative d'autolyse : « *Une première tentative de suicide, j'ai dit bon bah là il faut faire quelque chose. Je l'ai envoyée voir le psy parce que ça le nécessitait quoi, ça me dépassait.* ». L'objectif de l'avis spécialisé était pour le généraliste, la prise en charge efficace du trouble.

La relation médecin - malade ne présentait pas de particularités. La difficulté majeure lors du suivi au cabinet se posait notamment par la résistance du trouble aux différentes thérapeutiques. En ce qui concerne les pathologies somatiques, le praticien signale une tendance de la patiente à la somatisation.

Une fois la prise en charge psychiatrique débutée, le généraliste décrit un allègement des consultations au cabinet, qui concernaient d'ailleurs que des motifs médicaux : « *Et puis bah après bah c'est les psy qui ont suivi. Moi je... on a complètement été mis de côté. Une fois qu'ils sont entre les mains de psy, on voit plus personne* ».

Le médecin E est globalement satisfait du suivi psychiatrique, devant l'amélioration du tableau clinique et l'instauration d'un suivi régulier. Il signale par contre l'absence de retour de la part du spécialiste. Par rapport à l'évolution du trouble, le généraliste estime qu'il y pourrait y avoir une évolution favorable, à condition que la patiente ait un cadre familial stable.

Le terme trouble de la personnalité pour le médecin E ne correspond à pas un trouble psychiatrique spécifique. L'implication du médecin traitant dans la prise en charge des patients comme dans le cas clinique, nécessiterait pour le médecin E une meilleure communication entre le psychiatre et le généraliste dans l'idée d'un suivi conjoint.

Entretien F

- Cas clinique

Femme de 49 ans présentant un trouble de la personnalité de type histrionique. Premier épisode dépressif majeur à l'âge de 32 ans motivant un suivi psychiatrique en ville. Début du suivi par le Secteur 12 cinq ans plus tard, suite à une consultation aux urgences pour une décompensation anxieuse en période de post-partum. Evolution du trouble marquée par la survenue des plusieurs épisodes dépressifs majeurs avec tentatives d'autolyse ainsi que d'un épisode de régression sévère.

- Médecin F

Lorsque le médecin F a récupéré le suivi de son prédécesseur un diagnostic de « *syndrome dépressif* » était posé. Pour le généraliste le cas de cette patiente relève pourtant d'« *une bipolarité* ».

Le praticien évoque la présence « *des phases d'alternance* », à partir des éléments qui lui ont été apportés par la famille : « *La description qui m'en avait été faite aussi par l'entourage et notamment les parents qui me décrivaient des moments où elle était complètement clinophile, elle s'occupait pas de ses enfants elle... voilà, et d'autres moments où au contraire elle était complètement euphorique. [...]. Un petit peu quand on les cherchait mais c'est beaucoup des éléments qui m'ont été apportés par la famille.* ». De plus, le généraliste cite comme élément en faveur d'un trouble bipolaire le traitement antidépresseur de l'époque: « *A l'époque elle n'était que sous antidépresseur du coup ça faisait un peu virage maniaque sous antidépresseur en fait* ». Le diagnostic de « *bipolarité* » a été évoqué à la patiente en retraçant les différents éléments du dossier.

Le médecin F a introduit un traitement par Depamide avant de relancer le suivi psychiatrique qui avait été interrompu. Le praticien a suggéré le suivi spécialisé à sa patiente en expliquant qu'« *il fallait voir aussi le psychiatre qui allait confirmer ou pas le diagnostic* ». L'avis psychiatrique avait un triple but pour le praticien : l'étiquetage diagnostique, un appui thérapeutique, la mise en place d'un suivi psychologique puisque celui-ci est pris en charge uniquement dans un cadre hospitalier.

Le généraliste justifie l'indication de la psychothérapie pour sa patiente sur « *les difficultés sociales notamment par rapport à son mari, les difficultés financières, à la cohabitation avec ses parents et puis par rapport à ses troubles de personnalité* ». En plus du traitement thymorégulateur, le médecin F confirme avoir prescrit des antidépresseurs ainsi que des anxiolytiques sur la base des manifestations cliniques.

La relation médecin-malade est qualifiée comme « *une relation de confiance, une relation familiale* ». Le suivi au cabinet de médecine générale concerne le renouvellement du traitement psychotrope mais aussi la prise en charge des décompensations aiguës : « *Euh alors elle m'utilise, c'est assez euh... elle m'utilise parfois en dépannage parce qu'elle n'arrive pas à avoir accès du coup au psychiatre et elle a besoin d'une ordonnance de dépannage [...]. Et puis euh je pense que par la proximité, la facilité voilà à venir chez moi quand elle est vraiment en crise aigue, quand elle est vraiment pas bien [...] je crois qu'elle est à l'aise ici* ». Concernant la prise en charge des pathologies somatiques, le généraliste décrit une tendance de la patiente à la somatisation : « *Quand elle vient avec un problème somatique elle se pose toujours la question de savoir si finalement c'est pas son état psychologique qui a pu déclenché ça. Elle a cette démarche là toujours.* ».

Le médecin F est satisfait du suivi spécialisé. Il remarque pour autant l'absence de retour de la part du psychiatre : « *En fait la seule vision que j'ai de ce que la psychiatre peut faire, c'est à travers les dires de la patiente et de temps en temps, quand elle y pense, à travers de l'ordonnance qu'elle me ramène [...] dans l'idée d'un suivi conjoint médecin généraliste-psychiatre on est loin du compte* ».

En ce qui concerne l'évolution dans le temps, le médecin traitant souligne la nature chronique du trouble : « *Ça sera chronique fin, c'est chronique d'ailleurs, ça sera assez chronique* ». Il signale par ailleurs le risque que la patiente se retrouve en rupture de suivi : « *... à mon avis dans dix ans elle sera toujours sous traitement et j'espère qu'elle aura toujours un suivi, qu'elle sera pas en rupture et voilà.* ».

Les troubles de la personnalité appartiennent pour le médecin F dans le spectre des « *névroses* » et correspondent à « *une espèce de variante pathologique d'un fonctionnement* », ou encore à « *des comportements qui sortent du cadre habituel, qui sont pas délirants, qui mettent pas forcément en danger ni la personne ni son entourage.* ».

Le médecin traitant pourrait avoir un rôle dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité grâce à la proximité et la meilleure disponibilité auprès du patient : « *Le fait d'arriver à convaincre ces personnes là d'aller chez le psychiatre ou la psychologue [...] la proximité quand on est en cas de crise aiguë ou qu'il y a vraiment un événement aigu, du coup on va pouvoir répondre plus rapidement* ». Le généraliste pourrait de plus, ajuster le traitement médicamenteux, assurer la continuité du suivi spécialisé et le relancer en cas de rupture.

Le médecin F conclut que « *tout ça c'est possible que s'il y a un retour* ». Du côté du médecin généraliste, la formation serait une piste d'amélioration.

Entretien G

- Cas clinique

Femme de 61 ans présentant un trouble de la personnalité de type borderline. Patiente suivie en consultation antidouleur pour lombalgies chroniques ayant nécessité un traitement morphinique. Evolution du trouble marquée par plusieurs hospitalisations au Secteur 12.

- Médecin G

Le médecin G qualifie le trouble psychiatrique de sa patiente comme « *un trouble psychiatrique assez sévère* ». Lorsqu'on lui demande de décrire ce trouble, il évoque en premier lieu les plaintes douloureuses de la patiente, qui ont constitué le motif initial du suivi et des consultations ultérieures. Pour le praticien, les douleurs représentent l'expression du trouble psychiatrique sous-jacent : « *Mais c'est une pathologie chronique à mon avis qui est sous tendue par des problèmes psychologiques. C'est-à-dire quand elle va bien, elle en parle pas de son dos. Puis de temps en*

temps elle m'appelle, elle est complètement pliée en deux, "je peux plus bouger docteur, je peux pas avancer" ».

En ce qui concerne l'étiquetage diagnostique, le généraliste avait noté dans le dossier médical : *« personnalité pathologique, frustrée et immature »*. Lors de son discours il apporte différents éléments en faveur de cette impression clinique. Outre les plaintes douloureuses chroniques, le praticien signale avoir détecté au fur et à mesure des consultations la présence des lésions d'automutilation. De plus, il décrit un mode de relations interpersonnelles instables et intenses : *« ... il y a une histoire qui est amusante ... elle voyait plus son père depuis vingt ans. Et donc et son père est parti en maison de retraite alors effectivement il y a un devoir alimentaire et donc "oui je veux pas payer le devoir alimentaire, ça fait vingt ans que je le vois pas, machin il est inadmissible"... Son père décède et elle nous fait une grosse dépression parce qu'elle n'a pas eu le temps de revoir son père et elle aurait bien voulu revoir son père. C'est amusant »*. Ce même mode de relations interpersonnelles apparaît au sein de la relation médecin-malade : *« il a du avoir un trou parce que un jour elle m'embêtait un peu trop donc je l'ai envoyée balader, gentiment, mais je l'ai envoyée balader. Donc elle a changé de crèmerie [...] et puis elle a fait comme ça quelques médecins. Et puis quand même comme ça se raréfie forcément, elle est forcément revenue ici parce que c'est plus pratique quoi »*

Le généraliste considère que le tableau clinique est lié à la biographie de la patiente : *« Fin, peut-être avec tout ce passé... C'est une grosse famille je crois, une famille où ils ont eu cinq ou six enfants mais personne fin, ses parents se sont pas occupés, ils ont été placés fin, ça était compliqué je crois comme vie effectivement »*. Aucun diagnostic n'a été annoncé à la patiente par le médecin traitant. Celui considère que la patiente est dans le déni de son trouble psychiatrique.

Une fois la présence du trouble évoqué, le généraliste a adressé la patiente vers le milieu spécialisé, tout en poursuivant le suivi au cabinet de médecine générale : *« Moi je fais mon métier, c'est-à-dire qu'elle m'appelle, j'y vais, on discute, on fait un peu de psychothérapie entre guillemets et puis voilà quoi. C'est tout. »*. Le praticien confirme avoir prescrit des psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs) devant les manifestations anxieuses et dépressives, en signalant par ailleurs le risque de mésusage. En ce qui concerne la psychothérapie, le généraliste considère qu'il y avait une indication pour sa patiente. Néanmoins, l'accès difficile aux psychologues de son milieu d'exercice, rendait une telle prise en charge en ville, impossible.

Le suivi au cabinet de médecine générale date depuis quatorze ans avec une période de rupture durant laquelle la patiente a consulté différents cabinets. Le généraliste désigne la relation thérapeutique en signalant les demandes itératives de la part de la patiente : *« Bah on se connaît depuis vingt ans, alors maintenant il n'y a plus rien à dire. Je veux dire, voilà... Elle sait, elle sait à*

quoi se tenir, elle sait... Elle m'appelle deux fois par semaine ! Deux fois par semaine, j'y vais deux fois par semaine. »

Le généraliste déclare ne pas être satisfait du suivi psychiatrique en raison d'une mauvaise organisation du système des soins. Il souligne les longs délais de rendez-vous dans le CMP de son secteur ainsi que l'absence de communication entre médecin traitant et psychiatre. Dans ce contexte, l'hospitalisation paraît souvent la seule alternative aussi bien pour le généraliste que pour le psychiatre, avec pour autant un coût financier important et une efficacité qui reste discutable.

Quand à l'évolution du trouble, le praticien juge que la patiente a atteint une certaine stabilité. La poursuite d'un suivi régulier représente pour le praticien une condition indispensable afin de maintenir l'état de stabilité actuelle.

Pour le médecin G le terme trouble de la personnalité se réfère à *« des gens qui fonctionnent pas normalement mais qui sont pas schizophrènes, qui sont pas paraphréniques... qui dépassent à un moment donné les limites de la normalité dans un contexte très compliqué avec effectivement suivi des problèmes d'enfance, de la vie de tous les jours. »*.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité serait selon le médecin G *« de les écouter sans les médicaliser »*. L'amélioration de la qualité de soins nécessiterait la réorganisation du système de soins, avec la possibilité d'un suivi psychiatrique régulier, une meilleure coordination entre médecin généraliste et psychiatre ainsi que l'implication d'autres intervenants en ville, tels que les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Entretien H

- Cas clinique

Femme de 51 ans présentant un trouble de la personnalité de type borderline. Prise en charge psychiatrique dans le service depuis l'âge de 25 ans. Evolution du trouble marquée par plusieurs tentatives d'autolyse. Patiente considérée en rémission symptomatique depuis au moins cinq ans.

- Médecin H

Le médecin H qualifie le trouble psychiatrique de cette patiente, qu'il suit depuis trois ans, comme *« une dépression avec tentatives de suicide »*. En faveur de cette étiquette diagnostique, il évoque *« une impression négative »* qu'il perçoit de la part de la patiente ainsi que la présence des plaintes

régulières : « *Voilà moi c'est plus un versant d'impression, une perception que je ressens à travers la façon dont elle parle* ».

En ce qui concerne la prise en charge du trouble psychiatrique, le généraliste considère qu'elle se fait principalement par le psychiatre : « *... parce que à chaque fois elle parlait de psychiatre. Donc je ne rentrais pas là dedans* ». Pourtant, il confirme avoir sa place dans le cadre d'un suivi multidisciplinaire : « *Moi de mon côté ne faisant pas grande chose à part essayer de détendre l'atmosphère, en parlant de ses problèmes médicaux, avoir un versant... Essayer chaque médecin de mettre de son côté sa pierre, on est gagnants.* ».

Le suivi spécialisé selon le médecin H est nécessaire « *dans la mesure où la patiente est d'accord* ». L'objectif du suivi psychiatrique serait d'atteindre une certaine stabilité et d'optimiser l'état psychologique de la patiente. Le généraliste rapporte avoir prescrit des psychotropes uniquement lors du renouvellement de l'ordonnance du psychiatre. Par ailleurs, la psychothérapie aurait son intérêt, ce que le praticien illustre en donnant cet exemple : « *c'est comme si vous me demandez si c'est utile de faire de la kiné à quelqu'un qui a des douleurs* ».

Le généraliste ne rapporte pas avoir été confronté à des difficultés particulières lors du suivi. Il souligne par contre l'importance de l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient : « *Chaque patient on le prend dans son globalité, donc la difficulté disparaît à la limite dans la mesure où il y a une relation. Quand il y a une relation, le problème disparaît* ». Le suivi avec la patiente se déroule d'ailleurs à domicile : « *Bah je fais déjà des domiciles, donc je vais chez elle... là on prend le temps... ça se passe vraiment à l'amiable et de façon, euh, le côté médical disparaît quoi avec une relation plus, euh, plus amicale où on intervient avec, avec un résumé de pathologies qu'on peut aborder et qu'on peut détendre, on peut expliquer.* »

Le terme trouble de la personnalité pour le médecin H se manifeste par « *un comportement qui n'est pas conforme au schéma normal de ce qui peut correspondre à une relation humaine* ».

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité serait l'orientation vers le milieu spécialisé, ce qui nécessiterait pour le médecin H une meilleure formation des généralistes en matière de psychiatrie.

Entretien I

- Cas clinique

Femme de 47 ans présentant un trouble de la personnalité de type borderline. Premier contact avec le service à l'âge de 39 ans lors d'une hospitalisation sous contrainte pour idéation persécutoire avec passage à l'acte auto agressif. Evolution du trouble compliquée par l'apparition des troubles des conduites alimentaires et des conduites addictives médicamenteuses.

- Médecin I

Afin de décrire le trouble psychiatrique de la patiente le médecin I se réfère au diagnostic retenu dans les comptes-rendus d'hospitalisation : « *...ils ont toujours parlé d'un trouble grave de la personnalité, qui n'a jamais été étiqueté. Donc j'ai pas de diagnostic à donner. Je ne sais pas. Moi je ne sais pas.* ». Pour le généraliste un tel diagnostic ne pourrait pas justifier le tableau clinique de la patiente qui correspondrait « *à quelque chose de plus grave* » et qui donnerait l'impression clinique d'« *une schizophrénie* ».

Le médecin I explique avoir suivie la patiente au cabinet de médecine générale principalement pour ses pathologies somatiques et dans un moindre degré dans le cadre du trouble psychiatrique : « *Je soignais ses enfants, et puis elle, quand elle avait des problèmes de santé hors psychiatrie. Je vais dire elle demandait jamais des trucs. [...] le reste, là elle m'en parlait pas* ».

Il signale pour autant avoir détecté au fil des consultations la présence d'automutilations : « *Je voyais ses enfants, donc elle les accompagnait et c'est vrai que là j'étais très surpris de se présenter sur des jours très différents. [...] il y avait une espèce d'auto agressivité envers elle-même alors que par moments c'est une, c'est une mère de famille tout à fait, tout à fait douce et tendre [...] elle a eu des conduites d'automutilations aussi, qui m'ont paru un peu curieuses.* ».

L'avis spécialisé n'a pas été sollicité à ce stade, devant l'absence de demande de la part de la patiente. Le généraliste a été ensuite confronté à une décompensation aiguë du trouble avec risque de passage à l'acte auto agressif. Dans ce contexte d'urgence, une hospitalisation sous contrainte a été demandée, ce qui a motivé le début de la prise en charge spécialisée.

Une fois le suivi psychiatrique instauré, le généraliste a continué à suivre la patiente au cabinet mais uniquement pour des motifs médicaux. Le praticien estime par ailleurs que le suivi du trouble psychiatrique au cabinet de médecine générale n'est pas réalisable. Il justifie cette conviction par le manque de formation des généralistes en psychiatrie mais aussi par les difficultés d'évaluation du risque suicidaire: « *Je pense qu'on est mal placés pour évaluer par exemple un risque suicidaire,*

notamment. Et comme elle, elle avait beaucoup, beaucoup de tentatives d'autolyse, je me sentais pas capable de voir si elle allait passer à l'acte ou pas. ».

Concernant la prescription des psychotropes, le praticien rapporte avoir jamais interagi avec le psychiatre : *« Elle avait trop de traitements à un moment donné pour que je puisse prendre le risque de changer ».* Une prise en charge psychothérapeutique ne serait pas par ailleurs indiquée pour la patiente en raison la gravité du trouble psychiatrique : *« Je pense que c'était au-delà de ça ».*

La prise en charge des pathologies somatiques de la patiente est désignée par le généraliste comme étant *« compliquée »* en raison de *« la fâcheuse tendance de la patiente à compliquer tout ce qui lui arrivait ».* La relation médecin-malade est qualifiée comme étant *« plutôt bonne ».* Le praticien s'interroge par contre sur la rupture du suivi, puisque la dernière consultation date depuis plus de six mois.

La mauvaise communication avec le psychiatre traitant représente la remarque principale du praticien par rapport au suivi spécialisé. Le généraliste ne se montre pas optimiste au sujet de l'évolution du trouble en raison de la dégradation progressive de la patiente au fils du temps qui serait *« de plus en plus fragile ».*

Le terme trouble de la personnalité pour le médecin I n'a pas de signification nosologique précise : *« J'ai jamais réussi à le mettre dans un tiroir. Pour moi borderline ça veut pas dire grande chose, trouble de la personnalité je veux dire ça ne veut pas dire quelque chose non plus ».* Pour le praticien un trouble de la personnalité n'appartient pas forcément au spectre de la psychopathologie : *« Ce sont des gens qui ont des comportements un petit peu rigolos, un petit peu curieux, sans pour autant que ça porte un préjudice à leur santé ou leur entourage. ».* Il est intéressant de noter que lorsque on évoque les autres types des personnalités pathologiques, tels que les personnalités histrioniques ou paranoïaques, le généraliste énoncé : *« Bah oui, ça, ça me parle. [...] Je peux comprendre parce qu'il y un adjectif derrière. ».*

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des patients comme le cas clinique comprend pour le médecin I l'orientation vers le psychiatre ainsi que l'hospitalisation du patient en cas de situation de crise. Le praticien considère que le médecin généraliste n'a pas la formation adéquate afin d'assurer un rôle de suivi auprès du patient avec un trouble de la personnalité dans le contexte des soins primaires.

En conclusion, l'amélioration de la prise en charge de ces patients par le généraliste nécessiterait l'augmentation du nombre de psychiatres ainsi que la facilitation de l'accès aux soins spécialisés.

Entretien J

- Cas clinique

Homme de 47 ans présentant un trouble de la personnalité de type dépendant. Trouble compliqué par une alcoolodépendance comorbide. Notion d'un épisode dépressif majeur à l'âge de 24 ans. Début du suivi psychiatrique à la demande du médecin traitant.

- Médecin J

Le médecin J décrit le trouble psychiatrique de son patient, qu'il suit depuis sept ans, en évoquant un contexte de difficultés relationnelles dans le cadre professionnel : « *c'est un patient qui travaillait comme aide dans une EHPAD privée, qui a eu des différends avec son collègue de travail, qu'il a très mal pris ; donc on a démarré tout doucement un syndrome anxieux euh avec gros soucis sur le lieu de travail parce qu'il répondait, parce que c'était compliqué. [...] il était très anxieux à l'idée de croiser sa directrice euh, son collègue de travail [...] Et puis bah il était en pleurs* ». Le praticien signale également le problème d'alcoolodépendance : « *Et puis malheureusement bah C. est en arrêt maladie d'un... euh d'un caractère un petit peu particulier ; il y a eu l'addiction à l'alcool* ».

D'un point de vue diagnostique, le généraliste précise qu'« *il ne se permet jamais de poser un diagnostic* » mais qu'il émet plutôt des hypothèses. Ainsi, dans le cas du patient, le praticien évoque la possibilité d'un « *trouble psychotique* » devant la présence des « *incohérences* » : « *Parce qu'il y a vraiment des, des incohérences. [...] le changement d'humeur euh l'agacement pendant des fois une consultation où il est dans l'évitement complet du problème de l'alcoolémie donc... bah on va te parler d'autre chose, on te répond pas à la question [...] des variations d'humeur en quelques minutes ; parce que je vais parler de choses qui fâchent, parce que je vais lui dire "je suis persuadée que tu as bu"* ». Le médecin J souligne néanmoins l'effet probable de l'alcool mais aussi les difficultés d'évaluation lors d'une consultation de quinze minutes : « *Alors est-ce qu'il vient ? ...et tu sais bien que je peux pas contrôler son alcoolémie quand il est dans mon bureau. C'est très difficile parce que c'est l'entretien, c'est quinze, vingt minutes et quand il vient c'est surtout pour ses problèmes de diabète* ». Aucun diagnostic n'a été annoncé au patient.

Le généraliste a demandé l'avis spécialisé devant la persistance du tableau clinique : « *parce que je sentais qu'on arrivait à un échappement et qu'il avait besoin certainement de voir une tierce personne pour parler de choses qu'il ne voulait peut être pas me parler.* ». L'objectif de cette démarche pour le généraliste était aussi la prise en charge simultanée du problème d'alcoolodépendance et la stabilisation du patient afin qu'il puisse reprendre son activité professionnelle.

Le médecin J confirme avoir prescrit un traitement antidépresseur et anxiolytique, devant les manifestations dépressives et anxieuses, avant l'instauration du suivi spécialisé. Par ailleurs, la psychothérapie a été suggérée au patient par le généraliste, qui signale pour autant le problème de non prise en charge par la sécurité sociale. Le praticien considère qu'« *il fallait que le patient parle* » : « *Justement pour arriver à discuter et essayer de trouver en lui des clés pour essayer de se sentir mieux* ».

Concernant le suivi au cabinet de médecine générale, le médecin J décrit un besoin excessif de la part du patient d'être pris en charge : « *Avant il était agacé. Tu sais, s'il avait rendez-vous à dix heures [...] bon il ronchonnait parce que j'avais du retard. Il y avait un agacement. Parce que je pense qu'il pensait que sa situation était unique et que sa prise en charge devait être personnalisée unique. Du style il rentrait ici, il s'en foutait de savoir que j'en avais encore plein dans la salle d'attente.* ». Afin de faire face à ce comportement le médecin traitant a posé des limites claires en termes de disponibilité : « *Moi je lui ai dit : « il faut pas ronchonner ». Je suis assez directe. Donc euh très proche de mes patients [...] et puis je lui disais gentiment « j'ai eu quand même des choses beaucoup plus graves que toi et qui nécessitaient toute mon attention. J'ai dit maintenant je suis toute à toi* ». Le généraliste reconnaît d'ailleurs l'atténuation de ce mode de comportement avec le début du suivi spécialisé : « *là maintenant il est plus malléable* ».

La relation médecin-malade est par ailleurs désignée comme étant « *bonne* ». La prise en charge des problèmes médicaux, outre le déni de l'addiction, posait le problème d'une mauvaise observance du traitement antidiabétique.

Le médecin J signale ne pas être satisfait du suivi psychiatrique. L'absence de retour de la part du psychiatre traitant représente la source d'insatisfaction. En ce qui concerne l'évolution, le généraliste souligne l'obtention d'une certaine stabilité mais n'est pas optimiste quand au sevrage alcoolique : « *C'est stable mais je n'arriverai plus maintenant à distance à le sevrer au niveau alcool.* ». Le praticien explique par ailleurs avoir adopté une attitude moins critique auprès du patient : « *toute l'énergie que je mets de fois dans des, dans des patients pour arriver à les sevrer ou être très vindicative par rapport à l'alcool, donc là je joue la vilaine et la méchante [...] je pense que lui c'est mort, j'y arriverai pas [...] Un parce qu'il n'a pas envie ; et il n'y a pas d'échéance qui lui donnerait l'envie. Là il est dans son invalidité, dans sa toute petite maison, dans son... il est en train de faire sa petite vie d'invalidé.* ».

Pour le médecin J le terme trouble de la personnalité ne représente pas un trouble mental spécifique : « *Tout et rien. C'est ça. C'est tout et rien. C'est juste de l'étude* ». Le généraliste repère pour autant le cadre clinique dans lequel se situe une personnalité paranoïaque : « *Bah paranoïaque ce qu'il va être un petit peu énervé, un petit peu sur la défensive* ».

Le praticien considère que le médecin traitant pourrait faire « *moitié moitié* » avec le spécialiste dans la prise en charge des patients comme le cas clinique, sous condition d'« *un partenariat et d'une relation de confiance plus importants avec le psychiatre* » : « *Je donne mon ressenti, lui me donne son ressenti de spécialiste mais par moments ça permet aussi de coïncider.* ».

Dans ce contexte, une meilleure communication entre généraliste et psychiatre permettrait l'amélioration de la qualité des soins offerts au patient avec un trouble de la personnalité. Le médecin J aborde également le manque de formation des généralistes en matière de psychiatrie. Finalement, une meilleure gestion des psychotropes en ville serait nécessaire, puisque le médecin traitant introduit souvent différentes thérapeutiques avant qu'il y ait un étiquetage psychiatrique formel.

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites de l'étude

Forces

- Liées au sujet de l'étude

L'originalité du sujet est un point fort de cette étude. Malgré une recherche bibliographique étendue, il n'a été retrouvé qu'une seule étude française (63) sur les troubles de la personnalité en soins primaires. Cette étude examine le niveau de détection du trouble de la personnalité borderline auprès de sept médecins généralistes français.

- Liées à la méthode

La méthode qualitative était la plus appropriée pour le sujet puisque on cherche à étudier des pratiques médicales. De plus, elle relève l'aspect relationnel des soins. L'absence de données bibliographiques était un argument supplémentaire pour cette option. Le choix des entretiens individuels semi-directifs a été pertinent. Ce dernier a permis de recueillir les opinions et les propositions propres à chacun, tout en abordant des thèmes clés.

Après la réalisation des trois premiers entretiens, il a été décidé d'aborder le sujet à partir de cas cliniques. Ceci a permis d'avoir un discours des participants sur des patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité posé par une équipe spécialisée. Les cas cliniques ont été retenus après discussion avec les praticiens hospitaliers du Secteur 12 et correspondaient à différents troubles graves de la personnalité. Au moins un trouble par cluster a été inclus.

- Liées à l'échantillon

Une recherche qualitative ne demande pas un échantillonnage représentatif, mais plutôt un échantillon ciblé et raisonné afin de colliger des réponses aussi variées que possible jusqu'à saturation des données. Les médecins interviewés dans cette étude possèdent des caractéristiques variées. Ce sont des médecins de deux sexes, de tout âge (allant de 36 à 64 ans), exerçant en tout milieu (urbain, semi-rural, rural), maîtres de stage universitaire ou non. La diversification des caractéristiques des participants et l'obtention de la saturation des données sont les garants d'une analyse correcte.

- Liées à l'enquêtrice

La proximité socioprofessionnelle rend l'entretien plus aisé puisque il permet de lever les barrières et les mécanismes de défense du participant. Cet univers de référence partagé entre les deux parties est un argument en faveur d'une meilleure validité.

- Liées au matériel

L'enregistrement de l'ensemble des entretiens par deux appareils a garanti une meilleure sécurité de l'exploitation des données, en cas de parasites ou de superposition des énoncés.

Limites

- Inhérentes au sujet

Les refus de participer à l'enquête sont probablement liés au thème qui touche le domaine de la psychiatrie.

- Inhérentes à la méthode

Les comportements regroupés ne sont qu'une ébauche, un point de départ établi sur un panel de soignants restreints. L'étude qualitative ne permet pas la généralisation et la transposition à la population générale.

- Inhérents à l'échantillon

La population étudiée comporte des médecins généralistes exerçant au sein du secteur géographique correspondant au secteur 12. Fallait-il étendre l'étude sur les autres secteurs du département ?

Les médecins ont été recrutés sur le principe du volontariat, ce qui implique le biais d'auto sélection. Les généralistes attirés par la psychiatrie étaient plus favorables à accepter la réalisation d'un entretien.

- Inhérents au guide d'entretien

Bien que la recherche ait été la plus exhaustive possible, je ne peux écarter la possibilité que des thématiques importantes aient été occultées. Une fois élaboré, le guide d'entretien doit être mis à l'épreuve afin d'évaluer la longueur des entretiens et la formulation des questions, d'identifier des

zones d'incompréhension ou de mettre en évidence un thème qui aurait pu rester ignoré. Pour cela, il est conseillé de réaliser des entretiens exploratoires. Dans l'étude présente, le guide a été modifié suite à la réalisation des trois premiers entretiens, les mêmes thématiques ont été pour autant retenus. A chaque étape, il a été mis à l'épreuve en le soumettant à la critique de ma directrice de thèse.

La structuration des entretiens autour des cas cliniques a obligé les participants de partager des informations du dossier médical de leur patient. Un médecin a refusé de participer sans avoir l'accord préalable du patient, malgré l'anonymat de l'entretien.

- Inhérents au déroulement de l'entretien

La présence du magnétophone peut être source de blocage pour l'interviewé. J'ai été confrontée durant les entretiens à des discours ne répondant pas à la question et débordant sur d'autres sujets ainsi qu'à des opinions contradictoires de la part du même médecin. Un biais de déclaration existe dans cette étude comme dans tous les travaux se basant sur les déclarations de pratiques ou d'intentions dans lesquels les médecins participants ont tendance à faire preuve d'auto-indulgence. D'autant plus que dans l'étude présente, une des thématiques abordées lors des entretiens a été la relation médecin-malade.

- Inhérents à l'enquêtrice

Lors des entretiens, j'ai veillé à avoir un discours le moins directif possible, afin de minimiser les projections de mes représentations et de mes opinions sur l'interviewé. Néanmoins, certains commentaires ou intonations lors des questions ont pu influencer les énoncés des médecins.

- Inhérents à l'analyse des entretiens

La retranscription des entretiens présente une des étapes les plus longues de l'enquête. Ensuite, l'analyse des données est un travail complexe à effectuer avec un va-et-vient entre les entretiens pour faire apparaître les idées à partir des discours obtenus. J'ai essayé d'adopter et de maintenir une approche la plus objective possible, en évitant les écueils d'une interprétation des propos rapportés. Toutefois, mes convictions et mes points de vue propres sur le sujet conditionnent l'approche analytique et peuvent avoir interféré avec une neutralité recherchée mais impossible. D'autant plus que mon parcours personnel (réalisation d'un stage de six mois en tant qu'interne de médecine générale au Secteur 12) a inévitablement influencé mon approche de médecin généraliste vis-à-vis du patient psychiatrique, y compris du patient avec un trouble de la personnalité. Une orientation inconsciente des résultats, constitue un biais d'interprétation, difficilement quantifiable.

4.2. Analyse

4.2.1. Nosologie

Lorsqu'on demande aux médecins généralistes d'aborder le trouble psychiatrique de leur patient, différents diagnostics sont évoqués. Quatre praticiens (B, C, E, H) qualifient le trouble psychiatrique comme un état dépressif chronique. Trois praticiens (A, D, F) évoquent la possibilité d'un trouble bipolaire. Les médecins I et J estiment qu'ils ne sont pas capables de poser une étiquette diagnostique ; pour le médecin I la patiente donnerait pour autant l'impression clinique d'une schizophrénie, alors que le médecin J émet l'hypothèse d'un trouble psychotique. Un seul médecin généraliste (G) rapporte avoir évoqué dans le dossier médical la présence d'une personnalité pathologique, « *frustre et immature* ».

Il est intéressant de noter qu'uniquement deux praticiens (E, I) se réfèrent spontanément aux diagnostics retenus dans les comptes-rendus d'hospitalisation, y compris au diagnostic d'un trouble de la personnalité. Dans les deux cas, l'étiquette trouble de la personnalité ne semble pas avoir pour les praticiens une signification précise sur le plan nosologique. « *Alors toujours probable trouble de la personnalité mais... euh même les psy n'arrivent même pas à la, à la cataloguer quoi [...] Bah oui intoxication médicamenteuse comme d'habitude, trouble du comportement, trouble de la personnalité mais personne ne met un... un nom là-dessus quoi en fait (I)* ». « *D'après les comptes-rendus pour le peu que je me souviens, ils ont toujours parlé d'un trouble grave de la personnalité, qu'il n'a jamais été étiqueté. Donc j'ai pas de diagnostic à donner. Je ne sais pas. Moi je ne sais pas. (G)* »

Concernant les autres patients, l'étude des dossiers hospitaliers apporte des éléments supplémentaires. Dans quatre dossiers, les codes diagnostiques retenus correspondaient aux troubles comorbides ainsi qu'aux manifestations aiguës du trouble, qui représentent souvent d'ailleurs les motifs d'hospitalisation. Néanmoins, pour le reste de patients le code diagnostique d'un trouble de la personnalité apparaissait à la fin du compte-rendu. Est-ce que les médecins généralistes n'ont pas intégré les comptes-rendus dans le dossier médical ? Est-ce que ils n'étaient pas attirés par un tel diagnostic psychiatrique ? Est-ce que ils avaient déjà posé leur propre diagnostic ? Il faut toutefois remarquer que les généralistes ne recevaient pas toujours de comptes-rendus de suivi.

Deux praticiens (D, F) ont communiqué leur diagnostic au patient. Le médecin D a évoqué « *un passage dépressif* » à sa patiente, chez laquelle le diagnostic d'un syndrome dépressif avait été annoncé par son prédécesseur. Le médecin F a évoqué « *un probable trouble bipolaire* » en retraçant les différents éléments du dossier.

4.2.2. Démarche diagnostique

Les médecins interviewés apportent lors des entretiens, différents éléments afin de justifier leurs diagnostics mais aussi pour décrire le trouble psychiatrique du patient. Aucun praticien ne fait appel aux systèmes de classifications des troubles mentaux.

D'un côté, ces éléments concernent les manifestations symptomatiques qui correspondraient au trouble évoqué par le généraliste. Ainsi, les praticiens B, C, E et H rapportent la présence de manifestations dépressives. Les médecins A, D et F évoquent l'alternance entre des périodes de stabilité et de rechute, qui pourrait se référer à un trouble bipolaire. Le médecin I n'étant pas capable de poser une étiquette diagnostique, décrit le tableau clinique de la patiente. Finalement, le médecin J évoque « *des variations d'humeur en quelques minutes* » en faveur d'un probable trouble psychotique.

Toutefois, les praticiens, en décrivant le trouble psychiatrique, abordent des éléments qui traduisent le fonctionnement pathologique de la personnalité.

◆ Dossier médical

Concernant les antécédents psychiatriques, quatre médecins généralistes (A, B, D, F) signalent la présence d'un épisode dépressif antérieur lors du début du suivi, pour lequel un traitement antidépresseur au long cours avait été instauré par leurs prédécesseurs. Le praticien B rapporte d'ailleurs avoir noté dans le dossier médical de la patiente la présence d'un suivi psychologique. Le médecin H souligne les tentatives d'autolyse à répétition.

Le médecin G fait le lien entre le trouble psychiatrique de sa patiente et son enfance. « *Fin, peut-être avec tout ce passé euh... C'est une grosse famille je crois, une famille où ils ont eu cinq ou six enfants mais personne fin, ses parents se sont pas occupés, ils ont été placés fin, ça était compliqué je crois comme vie effectivement. [...] Le problème de son enfance il faudrait qu'on dise qu'à un moment donné, c'est une pathologie, c'est une vraie pathologie, il faut que vous vous soigniez quoi. (G) ».*

◆ Fonctionnement interpersonnel

Tous les médecins interviewés, à l'exception du médecin H, rapportent la présence des difficultés dans le fonctionnement interpersonnel du patient, qui s'expriment dans le cadre familial ou professionnel. Les praticiens associent d'ailleurs ce contexte relationnel particulier à l'état

psychologique du patient. « Elle a toujours des rapports très particuliers avec son mari, fin des rapports conflictuels particuliers avec son mari et puis avec sa fille quoi de toute façon. (A) », « Elle avait du mal à aller travailler, elle se plaignait beaucoup de son travail, elle n'arrivait pas à faire les choses correctement [...] Il y avait aussi un problème avec sa petite fille qu'elle voyait plus (B) », « Manifestement il y a un gros, gros problème relationnel avec sa mère. [...] Et puis il y avait aussi des soucis relationnels avec une belle-fille en plus. Et du coup problème relationnel avec son fils (D) », « C'est un patient qui travaillait comme aide dans une EHPAD privée, qui a eu des différents avec son collègue de travail, qu'il a très mal pris ; donc on a démarré tout doucement un syndrome anxieux euh avec gros soucis sur le lieu de travail parce qu'il répondait, parce que c'était compliqué. (J) ».

De plus, cinq praticiens (A, D, G, I, J) décrivent un mode particulier de comportement, de style de vie, d'échanges relationnels, de réactions affectives et émotionnelles qui révèlent les traits pathologiques de la personnalité. « Il y avait eu beaucoup de choses, fin d'esbroufe entre guillemets, je sais pas comment on peut appeler ça, mais de... de théâtralisme dans...dans... dans la manière dont elle avait géré son conflit quoi. (A) », « Manifestement il y a un gros gros problème relationnel avec sa mère...[...] elle l'a toujours dévalorisée par rapport à son frère [...] donc bah elle est rentrée dans un cycle où il fallait que tous ce qu'elle fasse soit absolument parfait pour satisfaire sa mère ; depuis qu'elle est toute jeune. [...] Sa belle-fille elle était quelqu'un de très méprisant avec Mme T., d'exigeant se permettant des remarques chez Mme T. [...] Comme s'était sa belle-fille et que son fils ne disait rien, bah elle rongeaient son frein, elle renfermé tout ça quoi. (D) », « En plus elle a des lésions chroniques au niveau des bras qui sont des lésions de grattage évidentes, qui sont des lésions auto-faites [...] (G), « Il y avait une espèce d'auto agressivité envers elle-même alors que par moments c'est une, c'est une mère de famille tout à fait, tout à fait douce et tendre. [...] elle a eu des conduites d'automutilations aussi, qui m'ont paru un peu curieuses. [...] Ah oui elle en avait pleines. Elle avait les avant-bras qui sont complètement striés (I), « Là il est dans son invalidité, dans sa toute petite maison, dans son... il est en train de faire sa petite vie d'invalidé (J) ».

◆ Interaction au cabinet de médecine générale

Le mode de comportement dysfonctionnel du patient se manifestera également dans l'interaction avec le praticien lors du suivi au cabinet de médecine générale. Ainsi, le médecin A signale une attitude manipulatrice de la part de sa patiente : « Elle est manipulatrice avec sa famille comme avec moi comme avec le psychiatre ». Le généraliste I rapporte d'ailleurs avoir été surpris devant le comportement de sa patiente au cabinet : « Les différents comportements que j'ai pu avoir avec

elle, fin que j'ai pu constater chez elle au fils des consultations [...] je voyais ses enfants, donc elle les accompagnait et c'est vrai que là j'étais très surpris de se présenter sur des jours très différents ».

Trois praticiens (C, G, J) évoquent lors de l'évolution du trouble psychiatrique la présence de demandes irréalistes de la part de leurs patients. « *Elle venait souvent demander de l'aide, à l'aide, à l'aide mais elle aurait voulu... euh que je... chose je crois que j'ai pas évidemment, que je résolve ses problèmes de couple et ça c'était pas possible. [...] Elle attendait beaucoup, beaucoup de moi, énormément... (C)* ». « *Elle m'appelle deux fois par semaine ! Deux fois par semaine, j'y vais deux fois par semaine (G)* ». « *Avant il était agacé. Tu sais, s'il avait rendez-vous à dix heures bon il ronchonnait parce que j'avais du retard. [...] Parce que je pense qu'il pensait que sa situation était unique et que sa prise en charge devait être personnalisée unique. Du style il rentrait ici, il s'en foutait de savoir que j'en avais encore pleins dans la salle d'attente (J)* ».

◆ Le cas de la personnalité borderline : l'association avec la douleur

Dans l'étude présente, trois entretiens (G, H, I) ont été réalisés autour des patients borderline. Le tableau clinique que le médecin G décrit s'accorde avec les données bibliographiques qui mettent l'accent sur le lien entre la personnalité borderline avec les plaintes douloureuses chroniques. Pour le cas clinique, les lombalgies ont constitué le motif principal du suivi dès le début de la prise en charge. L'introduction d'un traitement morphinique ainsi que le suivi en consultation anti-douleur ont été nécessaires.

Le généraliste désigne clairement le lien entre les exacerbations douloureuses et l'état psychologique de la patiente ainsi que la présence des plaintes régulières. « *Mais c'est une pathologie chronique à mon avis qui est sous tendue par des problèmes psychologiques. Moi j'en reste persuadé. C'est-à-dire quand elle va bien, elle en parle pas de son dos. Quand elle va bien, elle repart, machin truc, elle porte. Je me dis bah tiens elle va bien aujourd'hui... Puis de temps en temps elle m'appelle, elle est complètement pliée en deux, « je peux plus bouger docteur, je peux pas avancer », « Elle m'appelle deux fois par semaine ! Deux fois par semaine, j'y vais deux fois par semaine ! ».* Dans ce contexte, le médecin généraliste détectera au fur et à mesure des consultations la présence d'automutilations avec un mode de relations interpersonnelles instable.

◆ Stabilité du trouble psychiatrique

Les éléments qui sont abordés par les médecins généralistes dépassent l'épisode du moment pour des échelles de temps en années et même en décennies. Lorsque le suivi date depuis plusieurs

années, les praticiens soulignent lors de l'entretien, la stabilité des modes de comportement du patient au fil du temps : « *Et puis c'est vrai que je connaissais un peu plus, fin je connaissais le passif de Mme M. donc par rapport à sa vie familiale et à la pression qu'elle pouvait mettre que ça soit à son mari, que ça soit à sa fille. (A)* », « *Et c'était tout le temps, tout le temps, tout le temps euh quand même ce qui revenait sur le tapis, c'est sa culpabilité avec sa mère, vis-à-vis de sa mère quand même, qui est toujours revenue en fait. (D)* ».

4.2.3. Conduite à tenir

◆ L'avis psychiatrique

Une fois la présence d'un trouble de la personnalité évoqué dans le contexte de soins primaires, l'orientation vers le milieu spécialisé représente une étape essentielle, afin de confirmer le diagnostic et engager le patient dans un programme thérapeutique.

L'orientation du patient vers le spécialiste doit idéalement se faire avec tact et diplomatie. Le patient doit rester l'acteur principal de sa propre prise en charge. Le suivi psychiatrique-psychologique sera alors présenté comme une démarche qui va l'aider à gérer un symptôme qu'il trouve pénible, à confronter un changement de mode de vie ou à améliorer ses capacités fonctionnelles. Le praticien doit insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un abandon et bien expliquer au patient qu'il poursuivra le travail avec lui.

A partir des entretiens réalisés, différents schémas d'accès aux soins spécialisés sont identifiés. Pour la moitié des cas cliniques (A, B, D, E, I), le suivi psychiatrique a été instauré au décours d'une situation d'urgence. Plus particulièrement, les médecins D et E ont adressé leurs patientes aux urgences psychiatriques dans un contexte de crise suicidaire. Le médecin I a demandé une hospitalisation sous contrainte, lors d'une décompensation du trouble avec idéation persécutoire et risque de passage à l'acte auto agressif. Les patientes A et B ont contacté le service de leur propre initiative lors d'une crise suicidaire.

Les médecins F, G et J ont sollicité l'avis psychiatrique hors urgence. Le médecin F a relancé ainsi le suivi psychiatrique de sa patiente qui était en rupture. Le médecin J signale par ailleurs avoir pris elle-même le rendez-vous pour son patient.

Concernant le médecin H, un suivi psychiatrique actif était en place dès le début de la prise en charge. Le généraliste valide la nécessité de poursuivre le suivi spécialisé au long cours. Finalement, pour le cas clinique C le suivi psychiatrique a été instauré suite à une hospitalisation dans le milieu médical.

Peu importe le mode d'accès aux soins spécialisés, tous les praticiens valident la nécessité d'un suivi psychiatrique. Outre la prise en charge d'une situation d'urgence, les généralistes anticipent différents objectifs de l'avis spécialisé : l'étiquetage diagnostique (D, F), la prise en charge thérapeutique (D, E, F, G, J), le maintien du trouble en état de stabilité (H), la mise en place d'un suivi psychologique (F), la prise en charge simultanée d'un trouble comorbide (J), l'implication d'un deuxième soignant dans l'idée d'un suivi multidisciplinaire (H, J).

Malgré la nécessité du suivi spécialisé, l'orientation du patient vers le psychiatre ne semble pas être toujours une démarche évidente pour le praticien dans sa pratique quotidienne. Les généralistes évoquent comme principales difficultés le refus de la part du patient (A, C, D) ainsi que les longs délais de rendez-vous afin d'obtenir une consultation de psychiatrie (A, C, D). Ces problèmes peuvent retarder l'accès du patient avec un trouble de la personnalité aux soins spécialisés, notamment lorsque le tableau clinique est moins prononcé (B, C).

Il faut toutefois signaler que l'implication personnelle du généraliste dans la prise en charge du trouble psychiatrique conditionne l'approche vis-à-vis du patient, et par conséquent, son engagement dans un programme thérapeutique. Dans ce contexte, le praticien I déclare ne pas avoir suivi la patiente dans le cadre du trouble puisque celle-ci n'exprimait pas de demande "psychiatrique".

◆ Les psychotropes

Quatre médecins généralistes (A, B, D, F) signalent la présence d'un traitement psychotrope (antidépresseur, anxiolytique) dès le début de la prise en charge au cabinet de médecine générale. Ce traitement avait été instauré par leurs prédécesseurs. Lors du suivi et avant la prise en charge spécialisée, les praticiens ont renouvelé ou ajusté ce traitement, en rajoutant des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des somnifères. Un seul médecin généraliste (F) signale avoir prescrit un thymorégulateur.

Quatre praticiens (C, E, G, J) ont introduit un traitement psychotrope de novo (antidépresseur, anxiolytique, somnifère). Le praticien I rapporte n'avoir jamais prescrit ou renouvelé des psychotropes pour sa patiente.

Dans tous les cas, la prescription médicamenteuse visait les symptômes tels que la dépression, l'anxiété et la labilité émotionnelle. Pour le médecin D, l'introduction d'un traitement médicamenteux représentait aussi un moyen d'assurer la continuité du suivi en attendant le début de la prise en charge spécialisée.

Les praticiens C, G et J signalent la présence des problèmes d'observance. Le médecin G souligne de plus une tendance au mésusage médicamenteux de la part de sa patiente. Ce dernier rejoint les données bibliographiques, qui mettent en évidence un risque accru de dépendance ou d'abus médicamenteux chez les sujets borderline.

◆ La psychothérapie

Tous les médecins généralistes, à l'exception des médecins C et I, valident l'indication d'un suivi psychologique. Le médecin C considère que sa patiente ne pourrait pas suivre un programme de psychothérapie en raison des difficultés d'adhérence. De l'autre côté, le médecin I estime que la gravité du trouble psychiatrique ne permettrait pas une telle prise en charge thérapeutique.

Les autres praticiens considèrent que le suivi psychologique aiderait le patient à gérer les symptômes désagréables (A, B, D, F, H, J), à faire face à ces difficultés sociales (F, J), tout en permettant une prise en charge multidisciplinaire (D, J).

Néanmoins, six médecins généralistes (A, D, E, F, G, J) soulignent les difficultés d'accès au suivi psychologique en ville. Les médecins E et G évoquent l'absence de psychologue à proximité dans leur milieu d'exercice, raison pour laquelle ils n'ont pas proposé le suivi psychologique. Les médecins A, F et J abordent l'absence de prise en charge par la sécurité sociale en dehors du cadre hospitalier. Afin de résoudre ce problème, les médecins F et J ont orienté leurs patients vers le milieu psychiatrique hospitalier.

4.2.4. Le suivi au cabinet de médecine générale

Le médecin généraliste est obligé de faire preuve de polyvalence dans sa pratique quotidienne. Néanmoins, la compétence dans tous les domaines a des limites en lien avec les centres d'intérêt particuliers de chaque praticien.

Dans ce contexte, on peut repérer, à partir des discours produits, différents modèles de suivi du patient avec un trouble de la personnalité au cabinet de médecine générale. Trois praticiens (B, H, I) affirment avoir suivi le patient avec un trouble de la personnalité uniquement dans le cadre des ses pathologies somatiques. Le généraliste I considère par ailleurs que le suivi du trouble psychiatrique de sa patiente dans le cadre du cabinet n'est pas réalisable en raison des difficultés d'évaluation du risque suicidaire, mais aussi parce qu'il estime ne pas avoir les compétences nécessaires en matière de psychiatrie. Le reste des praticiens, ont pour autant eu un rôle actif dans la prise en charge du trouble, au moins jusqu'au début du suivi spécialisé.

Une fois le suivi psychiatrique instauré, trois généralistes (A, C, E) décrivent un espacement des consultations au cabinet de médecine générale, en raison notamment des hospitalisations itératives. Les praticiens F, G, et J continuent par contre un suivi régulier. Ce suivi concerne aussi bien les pathologies somatiques que le trouble psychiatrique, sous forme de renouvellement du traitement psychotrope, de prise en charge des décompensations aiguës ou de gestion de la partie sociale.

◆ Les particularités du suivi – La relation médecin-malade

La littérature suggère la présence des difficultés relationnelles lors du suivi au cabinet de médecine générale. Dans cette étude, la majorité des praticiens (sept sur dix) ne rapporte pas avoir été confronté à des difficultés particulières au niveau relationnel. La relation médecin-malade est alors qualifiée comme étant bonne (B, E, H, I, J), de confiance (F), agréable avec de l'empathie (D).

De l'autre côté, le médecin C décrit une dégradation progressive au niveau relationnel lors de l'évolution du trouble: « *J'ai eu très, très bonne relation avec elle jusqu'au mariage même on va dire aller les dix premières années [...] et puis, plus ça se dégradait au niveau du couple... Quand il y a un problème de conjugopathie, le médecin il y a toujours, toujours, dès le départ un tiraillement avec le médecin. Il y a toujours un qui essaie de...d'être proche de nous, il y en a qui s'éloigne, il y a toujours...* ».

Le médecin A évoque une relation « *anarchique, avec des hauts et de bas* », en raison de l'attitude manipulatrice de sa patiente : « *[...] parce que je pouvais pas toujours aller dans son sens, parce qu'elle a voulu aussi se servir de moi comme levier par rapport à son mari, par rapports à ses filles.* ». Dans le même contexte, le généraliste G souligne: « *Bah on se connaît depuis vingt ans, alors maintenant il n'y a plus rien à dire. Je veux dire, voilà. Elle sait très bien que voilà. Elle sait, elle sait à quoi se tenir, elle sait... Elle m'appelle deux fois par semaine ! Deux fois par semaine, j'y vais deux fois par semaine.* ».

Deux praticiens (G, I) signalent par ailleurs une rupture du suivi au cabinet de médecine générale. Le médecin I ignore la raison de la rupture. Dans le cas du médecin G, les demandes itératives de la patiente borderline et les difficultés engendrées pour le praticien seraient à l'origine de la rupture du suivi : « *[...] puis il a du avoir un trou parce que un jour elle m'embêtait un peu trop donc je l'ai envoyée balader, gentiment, mais je l'ai envoyée balader. Donc elle a changé de crémèrie, elle a été suivie par le Dr. G. qui était un confrère à D. et puis elle a fait comme ça quelques médecins. Et puis quand même comme ça se raréfie forcément, elle est forcément revenue ici parce que c'est plus pratique quoi.* ».

Cet énoncé du médecin G illustre deux points différents : d'un côté, la frustration du praticien face au fonctionnement pathologique de la personnalité ; et de l'autre côté, un profil d'utilisation des soins qu'on retrouve dans la bibliographie et qui semble être spécifique du trouble de la personnalité borderline.

◆ La prise en charge des pathologies somatiques

Les pathologies somatiques chez le patient avec un trouble de la personnalité peuvent se manifester de façon atypique ou ne pas répondre comme attendu, aux traitements adéquats. De plus, les réactions du patient face à la maladie peuvent exacerber ou intensifier les traits pathologiques de la personnalité, limitant sa capacité de rechercher et obtenir les soins appropriés. La capacité d'introspection du patient dans la maladie reste par ailleurs limitée ou quasi-absente.

Parmi les médecins interrogés, les praticiens E et F rapportent une tendance de leurs patientes à la somatisation. Le médecin I décrit une « *fâcheuse tendance de la part de la patiente à compliquer les maladies* ». Finalement, le médecin J souligne le déni du problème d'alcool-dépendance chez un patient avec un trouble de la personnalité de type dépendant ainsi que des problèmes d'observance du traitement antidiabétique.

◆ Les stratégies d'encadrement

Les médecins décrivent les stratégies qu'ils ont adoptées afin de faire face aux modes de comportement pathologiques du patient lors du suivi au cabinet de médecine générale.

Le généraliste A a opté pour des consultations individuelles avec les différents membres de la famille afin d'avoir plusieurs sources d'informations et pouvoir ainsi mettre en avant les données objectives.

Le praticien G a posé des limites claires en ce qui concerne le traitement médicamenteux afin de limiter le risque de mésusage, tout en poursuivant un suivi régulier : « *J'ai dis : « Donc ça merci alors ». « Ah oui mais je me sens pas bien ». J'ai dis : « Oui avec tout ce que vous avez, ça je comprends que vous soyez pas bien ». J'ai dis : « On va commencer, alors un médicament pas deux, c'est clair. Et puis dose normale pas au-dessus. Et puis voilà on marchera ensemble comme ça ; si vous voulez pas qu'on marche ensemble, moi je m'en vais (G) ».*

Le praticien H explique suivre la patiente à son domicile, dans une ambiance qui est « *tout à fait calme* » où tous les problèmes peuvent être abordés. Finalement, le généraliste J a été obligé de

définir ses limites en termes de disponibilité tout en rassurant le patient : « *Moi je lui ai dis : « Il faut pas ronchonner». Je suis assez directe. Donc euh très proche de mes patients [...] je lui disais gentiment « j'ai eu quand même des choses beaucoup plus graves que toi et qui nécessitaient toute mon attention. J'ai dis maintenant je suis toute à toi... » (J).*

◆ Le suivi psychiatrique : le regard du généraliste

L'absence de retour de la part du psychiatre traitant représente la problématique principale qui est majoritairement (sept praticiens sur dix) évoquée par les généralistes concernant le suivi spécialisé. De plus, le médecin G aborde cette problématique dans le cadre d'une mauvaise organisation du système de soins. Ce dernier implique les longs délais pour avoir une consultation avec le psychiatre traitant ainsi que l'absence de relation téléphonique entre généraliste et psychiatre. Le praticien explique avoir été souvent obligé d'hospitaliser sa patiente en absence d'autre alternative. Une telle démarche, outre les coûts importants en termes de santé publique, n'apportait pas d'après le généraliste, de bénéfice clinique notable pour la patiente.

Néanmoins, la moitié des praticiens (A, B, C, F, H) déclarent être satisfaits du suivi spécialisé devant l'amélioration du tableau clinique du patient.

◆ L'évolution du patient avec un trouble de la personnalité

Même si certains médecins généralistes (F, G, H, J) reconnaissent l'obtention d'une certaine stabilité ou l'amendement des manifestations aiguës, aucun n'est optimiste quand à l'évolution ultérieure du trouble en raison de la nature chronique des manifestations. Les praticiens insistent d'ailleurs sur la nécessité de poursuite d'un suivi régulier au long cours afin de maintenir l'état de stabilité.

4.2.5. Représentation nosologique du terme trouble de la personnalité

Bien que le terme trouble de la personnalité corresponde à un domaine de la psychopathologie bien défini par les systèmes de classification des troubles mentaux, on ignore à ce jour la représentation de ce terme au niveau nosologique pour le médecin généraliste.

Différentes propositions peuvent être suggérées à partir des discours obtenus dans cette enquête :

- Le terme trouble de la personnalité ne semble pas avoir une signification nosologique précise pour le médecin généraliste. « *Les troubles de la personnalité ça fait un peu fourretout. (A) »*,

« C'est très flou. Il y a pleines de choses derrière. (D) », « Comme ça, ça représente rien du tout. [...] Pour moi borderline ça veut pas dire grande chose, trouble de la personnalité je veux dire ça ne veut pas dire quelque chose non plus. (I) », « Tout et rien. C'est ça. C'est tout et rien. (J) ».

Néanmoins, lorsqu'on évoque avec les praticiens les personnalités paranoïaques ou histrioniques – anciennement appelés hystériques – comme types de personnalités pathologiques, les généralistes arrivent à repérer le cadre clinique dans lequel se situe le terme trouble de la personnalité. « Par exemple une personnalité paranoïaque... c'est ça que vous voulez dire ? [...] Bah si le patient se trouve agresser tout le temps, si voilà, s'il se méfie de tout le monde. [...] Ah c'est histrionique maintenant. Donc, quelqu'un qui fait beaucoup de bruit pour rien quoi. En gros c'est ça. (B) », « Ça, ça me parle. C'est un terme, ça a une définition précise. [...] Je peux comprendre parce qu'il y un adjectif derrière. (I) », « Bah paranoïaque ce qu'il va être un petit peu énervé, un petit peu sur la défensive. (J) ».

Ainsi, une fois le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type histrionique évoqué au praticien A, le généraliste énonce : « L'hystérie j'y ai pensé mais j'aurais pas pu annoncer un diagnostic ».

- Il s'agit d'un terme nouveau pour le médecin traitant. « Et surtout fin que moi quand j'ai fais mes études... mes études et notamment la psychiatrie, on était encore sur les anciennes classifications et voilà la dépression c'était une dépression. (A) », « C'est un terme nouveau d'abord. (C) ».
- Pour les praticiens I et J un trouble de la personnalité n'appartient pas au spectre de la psychopathologie. « On est tous borderline quelque part. [...] On a tous des troubles de la personnalité. [...] Ce sont des gens qui ont des comportements un petit peu rigolos, un petit peu curieux, sans pour autant que ça porte un préjudice à leur santé ou leur entourage. (I) », « C'est juste de l'étude (J) ».
- Pour d'autres généralistes, le terme trouble de la personnalité s'associe à un fonctionnement pathologique du patient. « Bah quand il a un trouble de la personnalité ça entraîne des troubles de la vie courante plus ou moins majeurs. (C) », « Trouble de la personnalité euh... Inadaptation sociale. (E) », « On est dans une espèce de variante pathologique de... Oui c'est ça, variante pathologique d'un fonctionnement. (F) », « Troubles de la personnalité bah ce sont des gens qui fonctionnent pour nous, ce sont des gens qui fonctionnent pas normalement [...] Qui dépassent à un moment donné les limites de la normalité dans un contexte à mon avis très compliqué avec effectivement suivi des problèmes d'enfance, de la vie de tous les jours. (G) ».

- Les praticiens C, F et G différencient d'ailleurs les troubles de la personnalité des troubles psychotiques. « *C'est plus névrotique évidemment que psychotique. (C)* », « *Moi je mets ça dans les névroses [...] dans des comportements qui sortent euh qui sortent du cadre habituel mais qui euh... qui sont pas délirants, qui mettent pas forcément en danger euh voilà qui mettent pas forcément en danger ni la personne ni son entourage enfin. (F)* », « *[...] mais qui sont pas schizophrènes, qui sont pas paraphréniques (G)* ».
- Pour le praticien H un trouble de la personnalité se manifesterait par des troubles du comportement. « *Avec une relation du trouble du comportement. Ça aboutit à un trouble du comportement. [...] Si c'est pas conforme au schème euh au schéma peut être... normal de... fin de ce qui peut correspondre à une relation humaine* ».

4.2.6. Le rôle du médecin généraliste

L'orientation du patient avec un trouble de la personnalité vers le milieu spécialisé constitue pour les praticiens interrogés, la mission principale du médecin traitant dans le cadre de la prise en charge en soins primaires.

Toutefois, est-ce que le médecin généraliste pourrait y avoir un autre rôle une fois le suivi spécialisé instauré ? Les réponses des praticiens sont partagées et font apparaître des points de vue propres à chacun dans le cadre personnel d'exercice de la médecine générale mais aussi dans le cadre du système de soins actuel. Ainsi, les praticiens D, F, G et J estiment que le médecin traitant peut conserver un rôle de suivi dans l'idée d'un suivi conjoint avec le psychiatre. Dans ce cas, le généraliste, par la proximité et le fait qu'il soit plus disponible que le spécialiste, pourrait suivre et ajuster le traitement médicamenteux si nécessaire, recevoir le patient en cas de décompensation aiguë, assurer la continuité du suivi psychiatrique et le relancer en cas de rupture. Le praticien G insiste sur l'importance d'un suivi régulier auprès du patient avec une attitude empathique tout en évitant de « médicaliser » le trouble, notamment en termes de traitement psychotrope.

De l'autre côté, les généralistes B, C, E, H et I considèrent que le rôle du médecin traitant se limite à l'orientation vers le spécialiste. Les praticiens abordent comme arguments l'absence de formation adéquate en matière de psychiatrie (B, I) ainsi que la moindre disponibilité au cabinet de médecine générale en raison d'une activité de plus en plus croissante (C). Le praticien E estime que la place du médecin traitant dans la prise en charge et le suivi du trouble psychiatrique passe en arrière-plan une fois le suivi spécialisé mis en place, en raison de l'absence de partenariat avec le psychiatre.

Finalement, le médecin A met en évidence un autre aspect du problème en signalant les délais de prise en charge psychiatrique qui s'allongent. Dans ce contexte, le généraliste sera probablement de plus en plus amené à suivre au cabinet des patients avec un trouble de la personnalité.

4.2.7. Pistes d'amélioration

Les praticiens interrogés suggèrent différentes pistes d'amélioration afin d'optimiser la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité dans le contexte des soins primaires. Les actes à entreprendre concernent aussi bien le domaine de la médecine générale que celui de la psychiatrie mais touchent aussi les modalités organisationnelles du système de soins actuel.

Du côté des soins primaires, la formation des généralistes en matière de psychiatrie représente un point essentiel. Les praticiens interrogés évoquent un manque de formation durant leur cursus universitaire malgré la place importante des troubles mentaux dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. De plus, les praticiens soulignent la nécessité d'une meilleure gestion des traitements psychotropes de la part du médecin traitant ; celui-ci est souvent contraint d'introduire un traitement médicamenteux, rapportent les praticiens G et J. Pour le médecin G une telle démarche s'intègre dans une tendance sociétale globale à la médicalisation. Le médecin J explique par ailleurs que le généraliste est amené à introduire des psychotropes par excès en attendant le suivi spécialisé avant qu'il y ait un étiquetage formel du trouble psychiatrique.

En ce qui concerne le milieu spécialisé, l'enjeu principal réside dans l'obtention d'une meilleure collaboration entre le généraliste et le psychiatre, avec la rédaction des comptes-rendus de suivi et la facilitation de l'accès au psychiatre traitant.

Finalement, les praticiens interrogés mettent en évidence les limites qui sont posées par l'organisation actuelle du système de soins et qui correspondent à des pistes éventuelles d'amélioration. Ainsi les généralistes proposent la facilitation de l'accès au milieu spécialisé, l'augmentation du nombre de psychiatres, l'implication d'autres intervenants en ville tels que les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux, le développement des équipes mobiles de psychiatrie mais aussi l'aménagement de l'offre de soins en médecine générale afin que le médecin traitant puisse assurer son rôle auprès du patient.

5. CONCLUSION

Nous avons vu, à travers la revue de la littérature, que les troubles de la personnalité occupent une place importante dans la psychopathologie et posent des défis majeurs en termes de classification, de comorbidités et de thérapeutique. En ce qui concerne plus particulièrement les troubles de la personnalité en soins primaires, nous avons remarqué la présence de particularités cliniques et diagnostiques ainsi que de difficultés de prise en charge par le médecin traitant. L'étude présente apporte un regard sur les troubles de la personnalité en soins primaires en France. En particulier, on a pu définir cinq principales problématiques, qui seront suivies de recommandations.

- Les médecins généralistes évoquent des diagnostics psychiatriques autres - à l'exception d'un praticien - face au patient souffrant d'un trouble de la personnalité. Toutefois, les praticiens décrivent en même temps - chacun à des degrés différents - les éléments qui traduisent la personnalité pathologique sous jacente. Cette discordance nous incite à réfléchir sur différents points.

D'abord, il faut tenir compte de la démarche diagnostique du médecin traitant lorsqu'il évoque la présence d'un trouble psychiatrique. Il existe dans ce cadre une grande variabilité entre les différents généralistes, ce qui traduit une approche propre à chacun avec des critères qui lui sont propres (70) et éventuellement différents de ceux cités par les systèmes de classification. De plus, les diagnostics psychiatriques qui sont évoqués par les médecins généralistes semblent évoluer au fil du temps, suivant les évolutions dans le champ de la psychiatrie mais aussi au sein de la société. Ainsi, dans les années 1970, en France, les médecins, dont les généralistes, identifiaient principalement les troubles psychiques sous les termes de névrose, de psychose, de troubles fonctionnels ou psychosomatiques. Aujourd'hui, d'autres appellations sont socialement acceptées telles que l'anxiété, la dépression et les TOC (65).

Donc, est-ce que le terme trouble de la personnalité en tant que terme désignant un trouble mental existe dans la culture du médecin généraliste ? Les réponses des praticiens dans cette étude infirment une telle hypothèse. En tous cas, les praticiens se trouvent en difficulté pour repérer les troubles de la personnalité sur le plan nosologique. Il ne faut pas pour autant négliger le fait que les médecins généralistes repèrent le cadre clinique dans lequel se situent la personnalité paranoïaque et histrionique, la dernière sous l'appellation de personnalité hystérique. Cette constatation, met en évidence le rôle des représentations des termes qui sont aussi utilisés dans le langage courant.

D'un autre côté, il faut prendre en considération que le médecin traitant est régulièrement confronté aux troubles de l'axe I, dont l'évaluation passe par le questionnement direct du patient sur les symptômes, leur durée et leur intensité. Au contraire, l'évaluation du patient qui

souffre d'un trouble de la personnalité ne peut se faire de la même manière. La démarche diagnostique nécessite l'évaluation attentive de la description que le patient apporte sur ses relations interpersonnelles actuelles et antérieures, mais aussi l'observation de son comportement lors des rencontres itératives au cabinet de médecine générale.

Peu importe le type de diagnostic évoqué, les praticiens abordent toutefois les éléments qui traduisent le fonctionnement pathologique de la personnalité. Il s'agit d'une observation importante qui montre que le médecin traitant peut avoir accès aux éléments nécessaires afin d'évoquer la présence d'un trouble de la personnalité en soins primaires. Par ailleurs, sa place auprès du patient mais aussi son rôle dans le système de soins valident ce constat : le médecin généraliste ne se focalise pas sur un organe ou une fonction mais sur une personne ; ses interventions s'inscrivent dans la durée puisque 80% des patients et de leurs familles sont connus depuis plus de cinq ans, et le généraliste libéral exerce souvent depuis plus de trente ans au même endroit (65) ; le médecin traitant a aussi une fonction de biographe, qui le conduit dans l'intimité affective et sexuelle des personnes, des couples et des familles. Ces particularités sont d'ailleurs communes pour les disciplines médicales de la médecine générale et de la psychiatrie.

- Les praticiens reconnaissent la nécessité d'un suivi psychiatrique pour le patient qui souffre d'un trouble de la personnalité. L'orientation vers le milieu psychiatrique ne se fera pas pour autant toujours par l'intermédiaire du médecin traitant. D'un côté, l'implication personnelle du généraliste dans la prise en charge du trouble psychiatrique, et dans un cadre plus général son intérêt et ses compétences dans le domaine de la psychopathologie, est un facteur déterminant de son approche vis-à-vis du patient. Néanmoins, la démarche du médecin traitant ne peut être indissociable des modalités organisationnelles du système de soins dans lequel il exerce. Ainsi, les difficultés pratiques d'accès aux soins spécialisés - en ville ou dans le milieu hospitalier - représentent un autre élément dont on doit tenir compte.

Concernant la prescription de psychotropes, les symptômes, et pas forcément le diagnostic psychiatrique, sont le fil conducteur pour le médecin généraliste. L'inadéquation entre le trouble psychiatrique et le traitement prescrit existe, puisque parmi les patients qui reçoivent un antidépresseur ou un anxiolytique en soins primaires, plus que la moitié ne remplissent pas les critères diagnostiques du DSM-IV de dépression majeure ou d'anxiété (70).

L'engagement du patient avec un trouble de la personnalité dans un programme de psychothérapie en ville se heurte à l'absence de remboursement par la sécurité sociale. Ce dernier peut constituer un frein majeur dans la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité en dehors du cadre hospitalier, puisque ces patients éprouvent souvent des difficultés financières.

- Les praticiens confirment la présence de difficultés de prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité au cabinet de médecine générale, qui concernent aussi bien le trouble psychiatrique que les pathologies somatiques. Les troubles de la personnalité peuvent également engendrer des problèmes relationnels au cours du suivi. Ces observations soulignent l'importance de la connaissance de ce secteur de la psychopathologie par le médecin traitant.

Les généralistes font toutefois dans leur ensemble, preuve d'empathie et assument leur rôle auprès du patient. Ils disposent de stratégies d'encadrement lorsque ceci est nécessaire. L'adoption d'une attitude empathique et l'établissement d'une relation médecin-malade stable sont d'une importance majeure.

- La mauvaise communication avec le psychiatre traitant représente le regret majeur des praticiens. Ce dernier s'inscrit dans un cadre plus général, puisque la psychiatrie est placée en fin de liste quand à la qualité perçue de la collaboration avec les différents spécialistes (65). Les études menées sur ce thème (71, 72) confirment ces constats en mettant en évidence des déficits de connaissances, de disponibilité et de communication réciproque.
- Le médecin traitant pourrait avoir un rôle plus actif dans la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité sous réserve de certaines conditions. La formation en psychiatrie demeure un point essentiel. Si on considère l'état actuel de la formation des médecins généralistes à la santé mentale en France, celle-ci apparaît insuffisante. Durant le parcours universitaire il n'y pas de stage obligatoire au cours de l'externat, alors que l'occasion de réaliser un stage en psychiatrie au cours d'un semestre libre pendant l'internat reste exceptionnelle. De plus, le DPC (Développement Professionnel Continu) proposé n'apparaît pas toujours concordant avec les attentes des généralistes (69). Dans ce contexte, l'introduction d'un stage clinique obligatoire lors du deuxième cycle des études de médecine, ainsi que l'augmentation du nombre des stages disponibles en psychiatrie au cours de l'internat sont des démarches à envisager. En ce qui concerne la formation ultérieure, l'organisation des diplômes universitaires, orientés aux besoins et à la pratique du médecin traitant, permettrait aux médecins généralistes d'approfondir leurs connaissances sur les troubles mentales, y compris les troubles de la personnalité.

Un autre paramètre déterminant est le partenariat avec le psychiatre. L'obtention d'une meilleure communication entre généraliste et psychiatre inciterait le médecin traitant à s'intéresser d'avantage au trouble psychiatrique du patient, et en conséquence, à s'impliquer d'autant plus dans la prise en charge. Dans ce contexte, le Collège National pour la Qualité de Soins en Psychiatrie a publié des recommandations de bonne pratique visant à améliorer les

échanges d'informations entre le psychiatre et le médecin généraliste (73). La réception de courriers de suivi peut par ailleurs constituer un moyen de formation pour le généraliste (74).

Finalement, les pratiques soignantes évoluent surtout si les modalités organisationnelles des soins changent et favorisent un bon usage du système de soins. Dans le cas du patient avec un trouble de la personnalité, ceci impliquerait la facilitation de l'accès au milieu spécialisé avec l'allègement des délais de rendez-vous chez le psychiatre et l'augmentation du nombre des psychologues. En outre, l'ouverture du milieu psychiatrique vers la médecine de ville serait un autre facteur à considérer. On peut suggérer l'allocation d'un psychiatre référent dédié aux généralistes avec possibilité de communication téléphonique, ainsi que l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) autour de cas cliniques. L'HAS a d'ailleurs lancé un projet afin d'identifier des dispositifs éprouvés et pertinents visant à améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux (75). Ses préconisations sont en attente.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques des troubles spécifiques de la personnalité selon le DSM-IV-TR

Personnalité paranoïaque

- A. Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent ;
 2. est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés ;
 3. est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui ;
 4. discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins ;
 5. garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné ;
 6. perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère ;
 7. met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Personnalité schizoïde

- A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. le sujet ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales ;
 2. choisit presque toujours des activités solitaires ;
 3. n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes ;
 4. n'éprouve du plaisir que dans des rares activités, sinon dans aucune ;
 5. n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré ;
 6. semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui ;
 7. fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité.
- B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Personnalité schizotypique

A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence) ;
2. croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres) ;
3. perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles ;
4. pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés) ;
5. idéation méfiante ou persécutoire ;
6. inadéquation ou pauvreté des affects ;
7. comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier ;
8. absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré ;
9. anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

Personnalité antisociale

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

1. incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
2. tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
3. impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
4. irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
5. mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
6. irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
7. absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B. Âge au moins égal à 15 ans.

C. Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Épisode maniaque.

Personnalité borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5) ;
2. mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
3. perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
4. impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p.ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) (NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5) ;
5. répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
6. instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p.ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
7. sentiments chroniques de vide ;
8. colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p.ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
9. survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Personnalité histrionique

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui ;
2. l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante ;
3. expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante ;
4. utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi ;
5. manière de parler trop subjective mais pauvre en détails ;
6. dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle ;
7. suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances ;
8. considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Personnalité narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p.ex.: surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) ;
2. est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal ;

3. pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;
4. besoin excessif d'être admiré ;
5. pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
6. exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;
7. manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
8. envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient ;
9. fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Personnalité évitante

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté ;
2. réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé ;
3. est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule ;
4. craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales ;
5. est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur ;
6. se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres ;
7. est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Personnalité dépendante

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
2. a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie
3. a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation (NB : ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions) ;
4. a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;
5. cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;
6. se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;
7. lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;

8. est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue ;
2. perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p.ex. : incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies) ;
3. dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents) ;
4. est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle) ;
5. incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux ci n'ont pas de valeur sentimentale ;
6. réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ;
7. se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures ;
8. se montre rigide et têtu.

ANNEXE 2a : Guide d'entretien initial

1. Présentation du sujet de thèse

Bonjour, je m'appelle Efthalia Tsampouri. Je suis actuellement en fin d'internat de Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse je souhaite réaliser des entretiens auprès de médecins généralistes du secteur 12. L'objectif est d'étudier la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité en médecine générale. Notre entretien sera enregistré si bien sûr, vous êtes d'accord. Il s'agit d'un entretien anonyme, vos coordonnées ne seront pas enregistrées.

2. Données sociodémographiques

Age du médecin, milieu d'exercice, mode d'exercice, années d'installation, formation spécialisée, maître de stage universitaire ou pas.

3. Représentation nosologique

a. C'est quoi pour vous un trouble de la personnalité ?

4. Démarche diagnostique

a. Quels sont les éléments qui vous font penser à un trouble de la personnalité chez un patient ?

b. En cas de suspicion de trouble de la personnalité que faites-vous pour établir le diagnostic ?

5. Conduite à tenir en cas de suspicion de trouble de la personnalité

a. Une fois le diagnostic évoqué, comment prenez-vous en charge le patient ?

Relance : Est-ce que vous adressez le patient vers un psychiatre ? Sur quels éléments prenez-vous la décision d'adresser/de ne pas adresser le patient ? Qu'attendez-vous de l'avis psychiatrique ?

b. Quelle est pour vous la place de la psychothérapie ? Sur quels critères vous la proposez ?

c. Quelle est pour vous la place des psychotropes ? Sur quels critères vous les prescrivez ?

d. Est-ce que vous communiquez le diagnostic au patient et pourquoi ? Comment faites-vous ?

6. Le suivi du patient au cabinet de médecine générale

a. Que pensez-vous du suivi d'un patient souffrant d'un trouble de la personnalité au cabinet de médecine générale ?

Relance : Est-ce qu'il y a des particularités lors du suivi ? Comment faites-vous pour les contourner ?

b. La prise en charge de leurs pathologies somatiques est-elle différente par rapport aux autres patients ?

c. Quand un patient avec trouble de la personnalité est conjointement suivi par un psychiatre, êtes-vous satisfait du suivi ?

7. L'évolution du patient avec un trouble de la personnalité

a. Que pensez-vous de l'évolution de ces patients ?

Relance : Est-ce que vous pensez qu'ils peuvent avoir une évolution plus ou moins favorable ?

8. Le rôle du médecin traitant, pistes d'amélioration

a. Quel est pour vous le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient avec un trouble de la personnalité ?

b. Comment pourrait-on améliorer la prise en charge de ces patients dans le contexte des soins primaires ?

ANNEXE 2b : Guide d'entretien - forme finale

1. Présentation du sujet de thèse

Bonjour, je m'appelle Efthalia Tsampouri. Je suis actuellement en fin d'internat de Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse je souhaite réaliser des entretiens auprès de médecins généralistes du secteur 12. L'objectif est d'étudier la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité en médecine générale. Je voudrais qu'on discute de Mr/Mme X qui fait partie de vos patients. Notre entretien sera enregistré, si bien sûr, vous êtes d'accord. Il s'agit d'un entretien anonyme, vos coordonnées et celles du patient ne seront pas enregistrées.

2. Données sociodémographiques

Age du médecin, milieu d'exercice, mode d'exercice, années d'installation, formation spécialisée, maître de stage universitaire ou pas.

3. Nosologie

Je voudrais qu'on discute de Mr/Mme X. Pourriez-vous me décrire en quelques mots le problème psychiatrique de ce patient et l'histoire de ce problème psychiatrique ?

4. Démarche diagnostique

- a. Devant quels éléments cliniques avez-vous évoqué ce trouble ?
- b. Est-ce que vous avez annoncé un diagnostic au patient ? Si oui lequel ? Comment vous avez fait pour annoncer le diagnostic ?

5. Conduite à tenir

- a. Comment avez-vous pris en charge Mr/Mme X dans le cadre du trouble psychiatrique que vous venez de me décrire ?
Relance : Pourquoi avez-vous décidé d'adresser/de ne pas adresser au psychiatre ? Comment vous avez fait pour proposer le suivi psychiatrique au patient ? Qu'attendiez-vous du suivi psychiatrique ?
- b. Avez-vous prescrit des psychotropes et sur quels critères ?
- c. Avez-vous proposé ou pas la psychothérapie et sur quels critères ?

6. Le suivi au cabinet de médecine générale

- a. Que pensez-vous du suivi de Mr/Mme X au cabinet de médecine générale ?
Relance : Est-ce qu'il y a des particularités ? Que faites-vous pour les contourner ?
- b. Pourriez-vous me décrire votre relation médecin-malade avec Mr/Mme X ?
- c. Est-ce que la prise en charge des problèmes somatiques de Mr/Mme X vous paraît différente par rapport aux autres patients ?
- d. Êtes-vous satisfait(e) du suivi psychiatrique de Mr/Mme X ?

7. L'évolution

Que pensez-vous de l'évolution du trouble psychiatrique de Mr/Mme X dans le temps ?

8. Représentation nosologique

Mr/Mme X est diagnostiqué(e) au secteur 12, comme un trouble de la personnalité de type
Qu'est-ce que représente pour vous le terme trouble de la personnalité ?

9. Le rôle du médecin traitant, pistes d'amélioration

- a. Quel doit être pour vous le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des patients comme Mr/Mme X qui présente un trouble de la personnalité ?
- b. Que pourrait-on faire afin d'améliorer la prise en charge de ces patients dans le contexte des soins primaires ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Guelfi JD. Le concept de personnalité, du normal au pathologique. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 3-12.
2. Lemprerière T, Féline A, Adès J, Hardy P, Rouillon F, editors. Psychiatrie de l'adulte. 2ème ed. Paris : Elsevier Masson; 2006.
3. Hardy P, Septier M. Modèles descriptifs et classifications des troubles de la personnalité en psychiatrie. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 47-57.
4. Guelfi JD. Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité. L'Évolution Psychiatrique. 2014 Jan;79(1):55–67.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris: Masson; 2003.
6. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Classification internationale des maladies. 10ème éd. (Cim-10) Disponible: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/>
7. Guelfi JD. Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014 Oct;172(8):667–70.
8. Bull CP. Approches critériologiques des troubles de la personnalité. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 58-64.
9. Corruble E, Guelfi J.D. Troubles de la personnalité et troubles dépressifs. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 211- 217.
10. Corruble E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. L'Encéphale. 2009 Dec;35, Supplement 7:S282–5.
11. Rimlinger B. Dépressions et troubles de la personnalité : influences réciproques. L'Encéphale. 2010 Dec;36, Supplement 5:S123–6.
12. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. Journal of Affective Disorders. 2014 Jan;152–154:1–11.
13. Guelfi J.D. Troubles de la personnalité et trouble bipolaire. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 218-223.
14. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. Journal of Affective Disorders. 2013;145(2):143-55.
15. Arbabzadeh-Bouchez. Troubles de la personnalité et troubles anxieux. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 224-229.
16. Hardy P, Marchand A. Troubles de la personnalité et conduites suicidaires. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 248-255.
17. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. mars 2006;113(3):180-206.
18. Ammanou F, Lejoyeux M. Troubles de la personnalité et conduites alcooliques. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 230-236.
19. Grant BF *et al.* Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61, 361–368 (2004).
20. Maclean, J. C. & French, M. T. Personality disorders, alcohol use, and alcohol misuse. *Social Science & Medicine* 120, 286–300 (2014).
21. Varescon I. Troubles de la personnalité et toxicomanies. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. Les personnalités pathologiques. Paris: Lavoisier; 2013. p 237-241.
22. Combaluzier S, Gouvernet B, Bernoussi A. Impact des troubles de la personnalité dans un échantillon de 212 toxicomanes sans domicile fixe. L'Encéphale. 2009;35(5):448-53.
23. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution, et prise en charge. L'Encéphale. 2013;39(5):374-82.

24. Schuster JP, Limosin F. Les troubles de la personnalité chez le sujet âgé. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. *Les personnalités pathologiques*. Paris: Lavoisier; 2013. p 92-96.
25. Schuster J-P, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin F. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Aug;21(8):757–68.
26. Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JJJ. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Mar;21(3):205–9.
27. Seidlitz L. Personality factors in mental disorders of later life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9(1):8–21.
28. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 1 mai 2006;188(5):423-31.
29. Karaklic D, Bungener C. Évolution du trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2010 Oct;36(5):373–9.
30. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery among Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects: A 16-year Prospective Follow-up Study. *Am J Psychiatry*. mai 2012;169(5):476-83.
31. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. juill 2015;60(7):303-8.
32. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *The Lancet*. 2015;385(9969):735-43.
33. NICE (2009) *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. NICE clinical guideline 78. Disponible : www.nice.org.uk/CG78 [NICE guideline]
34. NICE (2009) *Antisocial Personality Disorder: Prevention and Management*. NICE clinical guideline 77. Disponible : www.nice.org.uk/CG77 [NICE guideline]
35. Pelissolo A. Pharmacothérapie dans les troubles de la personnalité. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. *Les personnalités pathologiques*. Paris: Lavoisier; 2013. p 292-299.
36. Pelissolo A, Jost F. Pharmacothérapie des troubles de la personnalité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011;169(9):592-4.
37. Oldham J, Phillips K, Gabbard G, Soloff P, and the American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (suppl): 1–52.
38. National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
39. Moncany AH, Schmitt L. Épidémiologie des troubles de la personnalité. In: Guelfi JD, Hardy P, editors. *Les personnalités pathologiques*. Paris: Lavoisier; 2013. p 85-91.
40. Sansone RA, Sansone LA. Personality Disorders: a nation-based perspective on prevalence. *Innov Clin Neurosci*. 2011 Apr;8(4):13–8.
41. Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*. 2011;23(3):223-33.
42. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*. 1 juin 2002;180(6):536-42.
43. Twomey CD, Baldwin DS, Hopfe M, Cieza A. A systematic review of the predictors of health service utilisation by adults with mental disorders in the UK. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007575.
44. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *AJP*. 2001 Feb 1;158(2):295–302.
45. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):28–36.
46. Bender DS, Skodol AE, Pagano ME, Dyck IR, Grilo CM, Shea MT, et al. Prospective Assessment of Treatment Use by Patients With Personality Disorders. *Psychiatr Serv*. 2006 Feb;57(2):254–7.

47. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality Disorder. *PS*. 2003 Aug 1;54(8):1149–54.
48. Cailhol L, Thalamas C, Garrido C, Birmes P, Lapeyre-Mestre M. Utilisation des services de soin par les patients hospitalisés, présentant un trouble de personnalité borderline en Midi-Pyrénées. *L'Encéphale*. 2015 Apr;41(2):115–22.
49. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*. 2011 Jul;33(4):343–6.
50. van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*. 2007 Sep;22(6):354–61.
51. Randy K. W. Assessment and management of personality disorders. *Am Fam Physician*. 2004 Oct;70(8):1505–12.
52. S.M. Consoli. Personnalité et maladies somatiques. In: Brottier B, Poiteaux C, editors. *Les personnalités pathologiques*. 1ère ed. Paris: Lavoisier; 2013.
53. Biskin RS, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Pain in Patients with Borderline Personality Disorder. *Personal Ment Health*. 2014 Aug;8(3):218–27.
54. Sansone RA, Sansone LA. Chronic Pain Syndromes and Borderline Personality. *Innov Clin Neurosci*. 2012 Jan;9(1):10–4.
55. Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality in the Medical Setting. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2015 May 28;17(3). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578912/>
56. Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality and the Pain Paradox. *Psychiatry (Edgmont)*. avr 2007;4(4):40-6.
57. Campbell G, Bruno R, Darke S, Degenhardt L. Associations of borderline personality with pain, problems with medications and suicidality in a community sample of chronic non-cancer pain patients prescribed opioids for pain. *General Hospital Psychiatry*. 2015 Sep;37(5):434-40.
58. Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality. *Psychiatry (Edgmont)*. 2004 Sep;1(2):19–27.
59. Angstman KB, Rasmussen NH. Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *Am Fam Physician*. 2011 Dec 1;84(11):1253–60.
60. Sansone RA, Sansone LA. Responses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(5-6):39–43.
61. Sulzer SH. Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*. 2015 Oct;142:82–9.
62. Clark CT, Schrift MJ, Acknowledgements. *Personality disorders* [Internet]. Disponible: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/489/treatment/step-by-step.html>
63. Cailhol L, Rodgers R, Rieu J. Do Patients With Borderline Personality Disorder in Primary Care Gain Access to Mental Health Services? *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2011;13(1). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3121196/>
64. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*. 2002 Jan 14;162(1):53–60.
65. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique* 2014 ; 90 : 323-9
66. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L., Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillat L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 19 (84) : 142-145.
67. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Série « L'enquête et ses méthodes ». Paris ; A. Colin (2^{ème} édition) : 2007.
68. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [mémoire]. Lyon ; Université de Lyon Nord : 2004.
69. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 : 319-22

70. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. déc 2009;35(6):560-9.
71. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:892-8.
72. Younes N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.
73. Hardy Bayle M-C. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie; 2010 sept p. 53p.
74. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *J Contin Educ Health Prof.* 2002;22(4):222-9.
75. Haute autorité de santé. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

Les troubles de la personnalité en médecine générale : une étude qualitative auprès de généralistes d'un secteur.

Auteur : Efthalia TSAMPOURI

Directeur de thèse : Docteur Annie Navarre-Coulaud

Date et lieu de soutenance : 24 janvier 2017, Université de Rouen.

INTRODUCTION : Les troubles de la personnalité méritent l'attention de généralistes en raison de leur prévalence en population générale, de la forte comorbidité avec les troubles de l'axe I et des difficultés de prise en charge qu'ils entraînent. L'objectif de cette étude est d'étudier la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité en soins primaires en France.

METHODE : Une étude qualitative auprès de médecins généralistes du secteur 12 a été réalisée. Des entretiens semi-directifs ont été conduits autour de cas cliniques.

RESULTATS : Les médecins généralistes français se trouvent en difficulté pour repérer les troubles de la personnalité sur le plan nosologique. Ils abordent toutefois les éléments qui traduisent le fonctionnement pathologique de la personnalité. Des difficultés de prise en charge ainsi que des problèmes relationnels existent. L'accès aux soins spécialisés peut s'avérer compliqué, alors que la communication avec le psychiatre traitant est jugée comme étant insuffisante. Les médecins généralistes soulignent un manque de formation en psychiatrie, l'absence de partenariat avec le spécialiste ainsi que des problèmes organisationnels de l'offre de soins.

CONCLUSION : L'optimisation de la formation des généralistes en psychiatrie, l'obtention d'une meilleure collaboration avec le psychiatre ainsi que l'aménagement des modalités organisationnelles du système de soins seraient des variables stratégiques pour améliorer la prise en charge du patient souffrant d'un trouble de la personnalité en soins primaires en France.

Mots-clés : trouble(s) de la personnalité, médecine générale, soins primaires, psychiatrie.