La prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline : une évaluation des pratiques professionnelles à l'établissement public de santé mentale de Caen

Elvire Simonet

▶ **To cite this version:**

Elvire Simonet. La prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline : une évaluation des pratiques professionnelles à l'établissement public de santé mentale de Caen. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03337884

HAL Id: dumas-03337884

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03337884

Submitted on 8 Sep 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2020/2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 3 juin 2021

par

Madame Elvire SIMONET

Née le 27 février 1986 à Flers (Orne)

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE : UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE CAEN

Président : **Monsieur le Professeur Pascal DELAMILLIEURE**

Membres : Madame la Professeur Perrine BRAZO

Monsieur le Professeur Thanh-Huy Eric BUI

Monsieur le Docteur Vincent MARZLOFF

Directeur de thèse : ***Dr Vincent MARZLOFF***

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR SANTÉ - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUI Thanh-huy Eric**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie

M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	**HITIER Martin**	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie-Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale

Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
Mme	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie
M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Eric**	Médecine d'urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**BELLOT Anne**	Pédiatrie
M.	**DE LA SAYETTE Vincent**	Neurologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LE BAS François**	Médecine Générale
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	**DERLON Jean-Michel**	Neurochirurgie
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HURAULT de LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie

M. VIADER Fausto Neurologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR SANTÉ - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**BROSSIER David**	Pédiatrie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie
M.	**MACREZ Richard**	Médecine d'urgence
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**MOLIN Arnaud**	Génétique
M.	**SAINT-LORANT Guillaume**	Pharmacie

M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	**Médecine générale**
M.	**BANSARD Mathieu**	**Médecine générale**
M.	**COUETTE Pierre-André**	**Médecine générale**
Mme	**NOEL DE JAEGHER Sophie**	**Médecine générale**
M.	**PITHON Anni**	**Médecine générale**
M.	**SAINMONT Nicolas**	**Médecine générale**
Mme	**SCHONBRODT Laure**	**Médecine générale**

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie**	Hématologie
Mme	**LEPORRIER Nathalie**	Génétique

Remerciements

Au Dr Vincent MARZLOFF

Vous étiez chef de clinique lors de mon premier stage en psychiatrie en tant qu'externe, vous m'avez fait découvrir la psychiatrie et avez largement participé à mon choix de spécialité. Merci pour votre encadrement bienveillant tout au long de ce travail de thèse. Je suis heureuse de terminer ma formation universitaire à vos côtés.

A mes amis et co-internes : Camille, Alexandre, Gaëtan, Hélène, Meriem et tant d'autres

J'ai aimé apprendre, échouer, recommencer, râler et rire à vos côtés. Votre présence dans les bons comme dans les mauvais moments a fait de cet internat une période mémorable et a donné du sens aux termes confraternité et amitié.

A ma famille

Vous m'avez accompagnée tout au long de mon parcours sinueux, avec un soutien sans faille. Merci pour vos relectures attentives, d'avoir supporté mon anxiété et la mauvaise humeur qui l'accompagnait parfois. Merci à mes parents de m'avoir montré, tout au long de leur éducation, l'empathie, la bienveillance et l'entraide. Enfin merci à mon père, d'avoir su me transmettre sa passion pour la psychiatrie.

A l'ensemble des équipes et médecins qui ont pris le temps de me transmettre leur savoir-faire et savoir-être

A tous les membres du jury

Merci de l'attention portée à ce travail, Madame et Messieurs les Professeurs Perrine BRAZO, Pascal DELAMILLIEURE, Thanh-Huy Eric BUI ainsi que Monsieur le Docteur Vincent MARZLOFF.

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACT : Acceptance and Commitment Therapy = thérapie d'acceptation et d'engagement

APA : American Psychiatric Association

ATCD : Antécédent(s)

β-HCG : « human chorionic gonadotropin » = hormone chorionique gonadotrope humaine

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{e} version

CMP : Centre Médico-Psychologique

DIM : Département d'Information Médicale

DBT : « Dialectical Behaviour Therapy » = thérapie comportementale dialectique

DSM-III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^{e} version

DSM-IIIR : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^{e} version révisée

DSM-IV : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{e} version

DSM-IVR : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{e} version révisée

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{e} version

ECG : Electrocardiogramme

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

GPM : General Psychiatric Management = Gestion psychiatrique générale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

IRSNa : Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine

MBT : « Mentalisation Based Therapy » = thérapie basée sur la mentalisation

NHRMC : National Health and Medical Research Council

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

SDRE : Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat

SDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SDT-u : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, procédure d'Urgence

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPI : Soins Psychiatriques en Péril Imminent

SSPP : Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie

ST : « Schematic-centered Therapy » = thérapie des schémas

TAU : « Treatment As Usual » = traitement habituel

TB : Trouble Bipolaire

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TFP : « Transfer Focused Psychotherapy » = thérapie focalisée sur le transfert

TPB : Trouble de la Personnalité Borderline

TS : Tentative de Suicide

Tableaux et figures

Tableau 1 : Comparaison des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 (Euler et al., 2018)……...6

Tableau 2 : Comparaison entre TPB et personnalité histrionique (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007)…….……...11

Tableau 3 : Comparaison entre TPB et personnalité antisociale (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007; HAS, 2006)……11

Tableau 4 : Comparaison entre TPB et personnalité narcissique (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007)…….……...12

Tableau 5 : Comparaison entre TPB et TB (Bassett, 2012; Coulston et al., 2012; Euler et al., 2018; Feliu-Soler et al., 2013; Henry, 2007; Paris, 2007)……..…14

Tableau 6: Entretiens et questionnaires pour le diagnostic de TPB(Bouvard et al., 1999; Cloos et al., 2006; Euler et al., 2018; Hyler et al., 1990; Laconi et al., 2016; Maffei et al., 1997; Mirkovic et al., 2020; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013; Zanarini et al., 2003)……..……..……18

Tableau 7 : Résumé des essais randomisés-contrôlés sur la psychothérapie comme traitement du TPB (Lieb et al., 2004)…….…41

Tableau 8 : Synthèse des méta-analyses de (Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010)……...49

Tableau 9 : Synthèse des résultats des méta-analyses de la NICE, NHRMC et de la SSPP, sur la pharmacothérapie du TPB…….……..53

Figure 1 : Présentation clinique du TPB chez l'adolescent et chez l'adulte (Sperenza, 2018)……...8

Figure 2 : Les origines du TPB : les dysrégulations émotionnelles, adapté du modèle de Linehan (Linehan, 1993)…….25

Figure 3 : Un modèle biosocial de développement du TPB : extension de la théorie de Linehan (Crowell et al., 2009)……..….27

Figure 4 : Les origines du TPB : le déficit de mentalisation, adapté du modèle de Fonagy et Bateman (Bateman & Fonagy, 2006)……..……28

Figure 5 : Les origines du TPB : l'interaction gène-environnement (Amad et al., 2014)…….30

Figure 6 : Modèle thérapeutique d'approche généraliste pour la prise en charge du TPB développé par Bateman.(Bateman et al., 2015)……...45

Figure 7 : Points communs trans-théoriques des psychothérapies spécifiques du TPB. Adapté de (Euler et al., 2018)…….…….45

Figure 8 : Recommandations pour la prise en charge pharmacologique des patients borderlines (Bateman et al, 2015)……..…..51

Figure 9 : Répartition de la population en fonction de l'âge……...…61

Figure 10 : Ancienneté du diagnostic de TPB en nombre d'années……61

Figure 11 : Nombre total d'hospitalisations pour chacun des patients au cours de sa vie…….62

Figure 12 : Nombre total de TS pour chacun des patients au cours de sa vie……62

Figure 13 : Répartition des différents types de comportements auto-agressifs au sein de la population incluse……..…….63

Figure 14 : Nombre de TS dans l'année pour chacun des patients…….....63

Figure 15 : Part des comorbidités psychiatriques et addictologiques de la population incluse……...64

Figure 16 : Proportion pour chaque type de conduite addictive au sein de la population présentant une comorbidité addictive……..….64

Figure 17 : Part des sous-catégories de troubles anxieux au sein de la population présentant un trouble anxieux ou apparenté comorbide……65

Figure 18 : Antécédents psychiatriques et addictologiques de la population incluse……....66

Figure 19 : Antécédent de psychotraumatisme en pourcentage de patients concernés..……66

Figure 20 : Hétéroévaluation de l'entourage social recueilli lors de l'entretien d'admission.....67

Figure 21 : Proportion de bénéficiaires par type d'accompagnement social……...67

Figure 22 : Fréquence de recours à l'hospitalisation en fonction du nombre d'hospitalisations sur l'année d'étude……..68

Figure 23 : Durée de chacun des séjours hospitaliers, en nombre de jours……....69

Figure 24 : Mode d'admission……70

Figure 25 : Proportion des hospitalisations libres (HL), des soins en péril imminent (SPI), des soins à la demande d'un tiers (SDT), des soins à la demande d'un tiers en procédure d'urgence (SDT-u) et des soins sur décision d'un représentant de l'état (SDRE)……..……70

Figure 26 : Mode de sortie……..71

Figure 27 : Présence de référence infirmière en soins ambulatoires en pourcentage de patients……72

Figure 28 : Délai en nombre de jours avant le premier rendez-vous post-hospitalisation pour chacun des séjours……73

Figure 29 : Type de suivi ambulatoire par patient……...73

Figure 30 : Fréquence du suivi en nombre de consultations par mois pour chacun des patients……74

Figure 31 : Durée de prescription de neuroleptiques sédatifs en nombre de jours par an pour chacun des patients……....75

Figure 32 : Proportion de prescription de neuroleptiques sédatifs……...76

Figure 33 : Proportion et types de neuroleptiques de 2e génération prescrits……....76

Figure 34 : Durée de prescription de neuroleptiques de 2e génération en nombre de jours par an pour chacun des patients…….……77

Figure 35 : Proportion d'antiépileptiques prescrits……77

Figure 36 : Durée de prescription d'antiépileptiques en nombre de jours par an pour chacun des patients……..…...78

Figure 37 : Proportion d'antidépresseurs prescrits par molécule…….……79

Figure 38 : Durée de prescription d'antidépresseurs en nombre de jour par an pour chacun des
patients…….79

Figure 39 : Durée de prescription de benzodiazépines en nombre de jours par an pour chacun des patients…….....80

Figure 40 : Durée de prescription d'antihistaminiques en nombre de jours par an pour chacun des patients……..……...80

Figure 41 : Durée de prescription d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines en nombre de jours par an pour chacun des patients…….…...81

Figure 42 : Réalisation des soins d'entrée en pourcentage de séjours……..…..82

Sommaire

INTRODUCTION : 1

PARTIE A. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE 3

I. EMERGENCE DU CONCEPT NOSOGRAPHIQUE, CRITERES ET DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES : 3

1 EMERGENCE DU CONCEPT NOSOGRAPHIQUE 3

2 CRITERES DIAGNOSTIQUES 5

3 EPIDEMIOLOGIE 7

4 LE DIAGNOSTIC CHEZ L'ADOLESCENT 8

5 EVOLUTION DU TPB 9

6 DIFFICULTES RENCONTREES POUR POSER LE DIAGNOSTIC : DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET COMORBIDITES 10

6.1 TPB et autres troubles de la personnalité du cluster B : 10

6.2 TPB et trouble de la personnalité impulsive : 12

6.3 TPB et Trouble bipolaire : 13

6.4 Comorbidités multiples : 15

7 AIDES AU DIAGNOSTIC : LES INSTRUMENTS DE MESURE 17

II. HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES : 19

1 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX 19

2 FACTEURS BIOLOGIQUES 20

2.1 Les monoamines cérébrales : 20

2.2 La dysrégulation de l'axe du stress : 21

2.3 La perturbation de la balance neuro-végétative : 22

2.4 L'ocytocine : 23

3 FACTEURS NEUROLOGIQUES 23

4 LE MODELE VULNERABILITE-STRESS 24

5 FACTEURS GENETIQUES ET EPIGENETIQUES, L'HYPOTHESE D'UNE INTERACTION GENE-ENVIRONNEMENT 28

III. CONCLUSION DE LA PARTIE A : 31

PARTIE B. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANTS DE TPB : SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS : 33

I. RECOMMANDATIONS EXISTANTES : 33

1 RECOMMANDATIONS FRANCAISES 33

2 RECOMMANDATIONS ETRANGERES 33

II. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE ET PLAN DE GESTION, SYNTHESE DES GUIDELINES A L'ETRANGER (NICE, NHRMC, APA, SSPP) : 34

III. LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE : 36
IV. LA PSYCHOTHERAPIE : 40
1 THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE 40
2 THERAPIE BASEE SUR LA MENTALISATION 42
3 THERAPIE FOCALISEE SUR LE TRANSFERT 43
4 LA THERAPIE DES SCHEMAS 43
V. LA PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE : 46
VI. CONCLUSION DE LA PARTIE B 55
PARTIE C. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TPB A L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM) DE CAEN 57
I. INTRODUCTION 57
II. MATERIEL ET METHODE 57
1 SCHEMA DE L'ETUDE 57
2 POPULATION ETUDIEE 58
3 MESURES 58
III. RESULTATS 60
1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 60
2 CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS 68
3 PRISE EN CHARGE MEDICALE 71
4 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE 75
IV. DISCUSSION 82
1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 82
2 CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS 86
3 PRISE EN CHARGE MEDICALE 89
4 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE 96
5 CONCLUSION DE L'EPP 99
CONCLUSION 103
BIBLIOGRAPHIE 105
ANNEXES 118

INTRODUCTION :

Le trouble de personnalité borderline (TPB) est caractérisé par une instabilité de la régulation des affects, du contrôle des impulsions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Il rassemble une population de patients très hétérogène puisque seulement 5 critères sur 9 sont nécessaires à son diagnostic. Cette hétérogénéité alimente un débat parmi les psychiatres depuis l'apparition des critères diagnostiques en 1980, certains remettant en question l'existence même de cette entité nosographique.

L'ensemble des symptômes sont répartis entre manifestations aiguës, souvent déclenchées par des situations stressantes, et manifestations chroniques. La présence permanente et intense de tout ou partie de ces symptômes fait du TPB l'un des troubles de la personnalité les plus sévères. Il est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité majeure, et d'un lourd handicap psychosocial (Cailhol, 2018; Zanarini et al., 2011). Avec un taux de suicide près de cinquante fois supérieur à celui de la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Crowell et al., 2009; Lieb et al., 2004), représentant jusqu'à 28% des patients hospitalisés (Gunderson et al., 2018) et étant le trouble de la personnalité le plus fréquemment rencontré en pratique hospitalière (Koenig et al., 2016), c'est un problème de santé publique.

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients où semblent se rejouer au niveau institutionnel les passages à l'acte du sujet, les enjeux psychoaffectifs dans le lien thérapeutique et l'impuissance que nous pouvons vivre face à l'intensité des manifestations cliniques nous ont amenée à nous interroger sur l'origine de ce trouble et sur les prises en charge recommandées.

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux des connaissances sur le TPB en reprenant l'émergence du concept nosographique, les données épidémiologiques ainsi que les critères et difficultés diagnostiques. Puis nous étudierons les hypothèses étiopathogéniques.

La seconde partie de ce travail s'appliquera à synthétiser les recommandations de prise en charge des patients borderlines en France et à l'étranger, en s'appuyant sur les « guidelines » existantes ainsi que sur des recherches bibliographiques.

Enfin la troisième partie sera une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge des patients borderlines à l'EPSM de Caen. Dans quelle mesure

notre prise en charge correspond-elle aux recommandations existantes et les outils à notre disposition sont-ils correctement utilisés.

PARTIE A. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE

I. EMERGENCE DU CONCEPT NOSOGRAPHIQUE, CRITERES ET DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES :

1 EMERGENCE DU CONCEPT NOSOGRAPHIQUE

Le TPB puise ses origines dans la clinique psychanalytique. C'est Charles Hamilton Hugues qui, en 1884, a été le premier psychiatre à définir le concept de « borderline » sans le nommer, suite à l'étude de quatre cas cliniques « dont certains ont évolué vers ce que le sens commun qualifierait de folie, et d'autres vers la guérison ». A la même période, le psychiatre allemand Emil Kraepelin (1856-1926) parlait lui de « personnalité excitable » dont la description se rapproche des critères diagnostiques de trouble de personnalité borderline (Crocq, 2013).

Stern (1938) a pour la première fois utilisé le terme « borderline » pour décrire des patients développant une psychose de transfert lors de la cure psychanalytique en utilisant le clivage comme mécanisme de défense, et dont le tableau clinique repose essentiellement sur le narcissisme. L'entité nosographique « borderline » s'est progressivement individualisée comme une entité distincte de la schizophrénie grâce aux contributions de nombreux auteurs.

En 1942 Deutsch décrit la personnalité « as if » de certains patients dont la relation à l'autre manque d'authenticité et varie selon l'interlocuteur. Winnicott décrira le même type de relation avec autrui dans le concept de « faux self ».(Gunderson & Singer, 1975)

C'est Kernberg (1967) qui choisit le terme de « borderline » pour cette pathologie qu'il définit comme « une organisation de la personnalité stable et spécifique » étant à la frontière entre névrose et psychose, et dans laquelle peuvent « survenir des états psychotiques transitoires à l'occasion de chocs psychologiques » (Granger & Karaklic, 2014).

En 1975, Bergeret s'oppose à la conception de Kernberg en caractérisant l'état limite comme une absence de structuration psychique, en faisant un trouble n'appartenant ni à la lignée des psychoses, ni à la lignée des névroses, dans lequel le

« moi » se situe entre « morcellement psychotique » et « conflits névrotiques » (Bergeret, 2008).

Mais ce sont les travaux de Gunderson (Gunderson & Singer, 1975) qui en 1975 publie une série d'articles dans l'American Journal of Psychiatry, qui ont permis de décrire la triple instabilité des patients borderlines (identité, affectivité et cognition), et qui ont joué un rôle prépondérant dans la constitution de l'entité nosographique borderline au sein des troubles de la personnalité dans le DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3e version).

Dès l'apparition des critères diagnostiques du TPB en 1980, le concept nosographique a divisé les psychiatres.

Le terme « borderline », symbolisant une pathologie à la frontière entre névrose et psychose, a été décrié dès 1979 quand Spitzer et coll suggéraient le terme de « trouble de la personnalité instable », ou en 1987 quand Cohen et coll proposaient le terme de « trouble développemental complexe multiple » (Guelfi & Rouillon, 2007).
Dans les années 70, les termes « états limites » et « borderline » étaient utilisés dans une relative indistinction, le premier étant préférentiellement utilisé par les auteurs français, et le second par les auteurs anglo-saxons. Ensuite, les français ont différencié ces deux terminologies en définissant l'état limite comme une organisation transitoire, ce qui va à l'encontre de la définition du trouble de la personnalité (Crocq et al., 2015; Kernberg, 2008).

Les critiques portaient sur la classification même du trouble en tant que trouble de la personnalité, quand certains psychiatres voyaient plutôt un état de transition vers une pathologie psychotique. De la même manière, la présence de symptômes « psychotic-like » (symptômes psychotiques transitoires) faisait dire que cette entité n'était pas différente de la schizophrénie (dans le sens de schizophrénie latente de Bleuler (1926) ou de schizonévrose de Ey (1951)).

Le concept de trouble borderline a considérablement évolué au cours des quarante dernières années, avec des apports venant de différents courants de la psychiatrie et de la psychologie.

Le DSM-III a été publié en 1980 et a permis d'établir les critères diagnostiques des troubles de la personnalité. C'est lors du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e version) que les critères ont évolué pour permettre une diminution des recoupements avec certains troubles de l'axe I et les autres troubles de personnalité. Une nouvelle évolution marquante se trouve entre le DSM-

IV-R (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e version révisée) et le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e version). Le DSM-5 est surtout marqué par l'émergence d'une approche dimensionnelle développée dans la section III, qui permet une estimation diagnostique supplémentaire. L'annexe 1 présente l'évolution des critères diagnostiques du TPB du DSM-IIIR au DSM-5.

2 CRITERES DIAGNOSTIQUES

Les troubles de personnalité sont définis par des traits de personnalité particulièrement marqués, rigides, et associés à une altération du fonctionnement social et à une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie. Ils apparaissent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et représentent un facteur de vulnérabilité à d'autres troubles psychiatriques, essentiellement les troubles dépressifs, anxieux et addictifs.

Le TPB est caractérisé par 4 grandes familles de symptômes : des dysrégulations affectives (colère injustifiée, sensation chronique de vide, instabilité affective), des dysrégulations relationnelles (efforts frénétiques pour éviter l'abandon, relations instables avec idéalisation et dévalorisation des autres), des dysrégulations comportementales avec une forte instabilité du contrôle des impulsions (automutilation, comportements et idées suicidaires ou menaces de suicide), et des dysrégulations cognitives (troubles de l'identité liés à la perception de soi, pensées paranoïdes transitoires ou sensation de dissociation dans des situations stressantes).

Les critères diagnostiques très larges du DSM-5 (présence de cinq critères diagnostics sur neuf soit plus de deux cents combinaisons possibles) sont à l'origine d'une population de patients très hétérogène et donc difficile à identifier et à prendre en charge.

Le diagnostic de TPB se fait sur la base de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10e version) et/ou du DSM-5. Les critères spécifiques des deux systèmes diagnostiques sont repris dans le tableau ci-dessous extrait des recommandations suisses (Euler et al., 2018). Les critères généraux pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 et le DSM-5 doivent également être

remplis (voir en Annexe 2 *: Critères généraux d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 et le DSM-5)*.

Tableau 1: Comparaison des critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 (Euler et al., 2018)

Critères diagnostiques selon la CIM10 **Trouble de la personnalité émotionnellement labile :** . Pour le diagnostic du « type borderline », trois des critères 1-5 sont nécessaires ainsi que deux des critères 6-10 . Le trouble est classifié sous F60.31 . Le diagnostic ne doit pas être posé avant l'âge de 16 ans.		**Critères diagnostiques selon le DSM-5** **Trouble de la personnalité borderline** . Pour le diagnostic, 5 des 9 critères sont nécessaires . Le TPB est classifié sous la catégorie 301.83 dans le cluster B . En dessous de 18 ans, les caractéristiques doivent être présentes depuis au minimum 1 an	
1	Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences	4	Impulsivité dans au moins 2 domaines potentiellement dommageable pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie) (NB ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations, ceux-ci sont compris dans le critère 5).
2	Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.		
3	Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.	8	Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
4	Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.		
5	Humeur instable et capricieuse	6	Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
6	Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).	3	Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
7	Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles	2	Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
8	Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.	1	Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (NB ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations, ceux-ci sont compris dans le critère 5).
9	Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.	5	Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
10	Sentiment permanent de vide.	7	Sentiments chroniques de vide.
		9	Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

3 EPIDEMIOLOGIE

Treize études épidémiologiques de différents pays permettent de définir une prévalence moyenne de 1.6% en population générale (Gunderson et al., 2018). Le DSM-5 affirme un sex ratio de trois femmes pour un homme (Crocq et al., 2015; Gunderson et al., 2018), cependant si cette répartition semble adaptée en population clinique (environ 70% de femmes et 30% d'hommes) (Lieb et al., 2004) le trouble borderline affecterait autant les hommes que les femmes en population générale (Chapman & Fleisher, 2018; Gunderson et al., 2018).

La prévalence de ce trouble augmente en population psychiatrique, ainsi l'équipe de Gunderson en 2018 retrouve une prévalence de 15 à 28% dans les cliniques et hôpitaux (Gunderson et al., 2018), et 10% parmi les patients ambulatoires (Cailhol et al., 2015; Crowell et al., 2009).

Le TPB est cinq fois plus prévalent chez les parents au premier degré de patient borderline en comparaison à la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001).

Les études socio-démographiques décrivent chez les patients borderlines un célibat plus fréquent, un niveau d'instruction et des revenus plus bas que dans la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001). Selon l'étude de Zanarini et coll. sur le suivi de patients borderlines dans un hôpital du Massachussets, seulement 25% de cette population a un bon fonctionnement social (défini par la présence d'au moins une relation affective stable et un engagement professionnel, familial ou scolaire durable), mais 80% d'entre eux perdront ce fonctionnement au fil du temps (Zanarini et al., 2011).

Ce trouble de la personnalité a également un taux de mortalité suicidaire extrêmement élevé puisque 4 à 10% des patients souffrant de TPB décèdent par suicide, soit 50 fois plus que le taux observé dans la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Crowell et al., 2009; Lieb et al., 2004), et diminuerait l'espérance de vie de 10 à 25 ans par rapport à la population générale (Cailhol, 2018).

La fréquence, la sévérité et l'importante utilisation des soins des patients souffrant de ce trouble en font une problématique majeure de santé publique et d'organisation des soins.

4 LE DIAGNOSTIC CHEZ L'ADOLESCENT

Bien que les troubles de personnalité apparaissent dès la fin de l'adolescence, ce diagnostic est rarement posé avant l'âge de 18 ans ce qui entraine une perte de chance pour le patient.

La question de la fiabilité et de la pertinence de ce diagnostic chez l'adolescent a été très controversée du fait de données contradictoires concernant la validité du diagnostic et sa stabilité dans le temps, d'une crainte de stigmatisation de sujets dont le développement de la personnalité n'est pas achevé et du fait de difficultés à différencier les difficultés normales liées à l'adolescence des difficultés dues au TPB (Miller et al., 2008). Si la présentation du TPB est plus aiguë chez l'adolescent, elle partage des éléments essentiels constitutifs du trouble avec la présentation des adultes.

Les spécificités observées seraient en lien avec le fait que, chez l'adolescent, on observe une hyperactivité amygdalienne et une faible réorganisation structurelle des systèmes de contrôle et de régulation préfrontale qui régulent l'expérience émotionnelle.

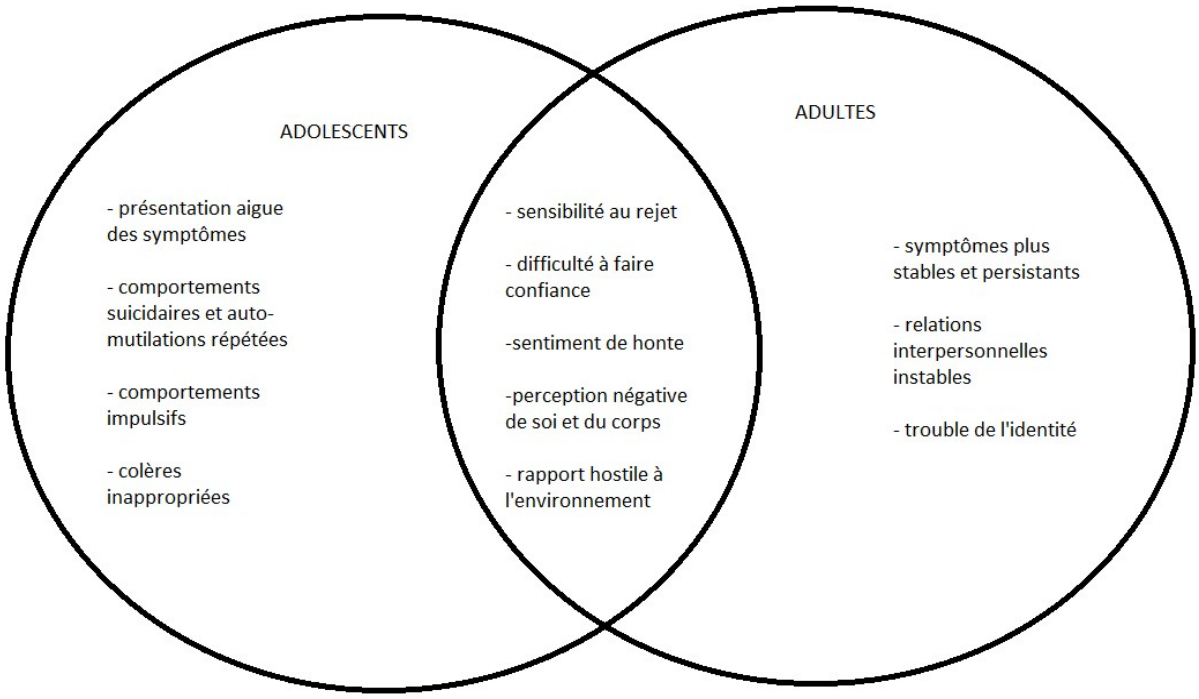


Figure 1 : Présentation clinique du TPB chez l'adolescent et chez l'adulte (Sperenza, 2018)

On retrouve des prévalences similaires chez les adolescents : le TPB touche 3% de la population générale des adolescents, représente 11% des consultants, et jusqu'à 50% des hospitalisations en pédiatrie (Chanen et al., 2008).

Depuis le DSM-IV, ce diagnostic peut être fait chez les adolescents si les traits de personnalité sont non adaptatifs et envahissants depuis plus d'un an, et si cette clinique n'est pas associée à un stade développemental particulier. La limite d'âge a été retiré du DSM-5, mais reste présente et fixée à 16 ans dans la CIM 10.(Crocq et al., 2015; Organisation Mondiale de la Santé, 1993)

Plusieurs guidelines étrangères apportent d'ailleurs des recommandations de diagnostic et prise en charge spécifiques à l'adolescent (Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), 2009; National Health and Medical Research Council (Australia), 2013).

5 EVOLUTION DU TPB

Deux études prospectives de grandes échelles sur l'évolution du TPB constatent que les symptômes observés sont moins stables et que le pronostic est moins pessimiste que ce qui était auparavant admis.

Zanarini et ses collègues en 2003 (Zanarini et al., 2003) ont pu montrer que les rémissions sont fréquentes et que le taux de rémission augmente progressivement au fils du temps : ainsi près de 75% des patients borderlines inclus étaient en rémission à 6 ans (laissant donc 25% de la population incluse sans rémission). Ce taux de rémission observé est identique à celui retrouvé par Paris et Zweig-Frank en 2001 (J. Paris & Zweig-Frank, 2001) ; ces-derniers en poursuivant l'observation de leur population sur 27 ans ont pu constater que l'amélioration clinique se poursuivait même après plus de 20 ans d'évolution du trouble.

Zanarini et ses collègues en 2003 (Zanarini et al., 2003) ont également constaté que les rechutes étaient rares (6% de rechute chez les patients en rémission). Le laps de temps avant la première rémission et le faible taux de rechute laisse à penser que la rémission est en lien avec des modifications développementales qui, une fois acquises, ne se perdent pas facilement.

Cette « perte » du diagnostic de TPB a pu amener certains auteurs, dont Gunderson, à remettre en question la place du trouble borderline au sein des troubles

de la personnalité (stable dans le temps par définition). Cependant, la rémission étant définie par le fait de ne plus remplir les critères diagnostiques du DSM, elle ne signifie pas une disparition complète des symptômes. L'équipe de Zanarini a étudié l'évolution de 24 symptômes du TPB (Zanarini et al., 2003). Il est retrouvé que les symptômes affectifs sont les plus résistants (présents chez 94.5%-98.6% à l'inclusion, et chez 61%-79.2% à 6 ans), ce qui pourrait faire d'eux le noyau central du TPB. Les symptômes impulsifs sont ceux qui ont la meilleure évolution. Les symptômes cognitifs et interpersonnels ont quant à eux une évolution intermédiaire (Zanarini et al., 2003). Globalement on peut regrouper les symptômes en 2 catégories : ceux qui relèvent de l'expression de la maladie aiguë qui régressent rapidement (scarification, tentatives de suicide, symptômes « psychotic-like » …), et ceux qui relèvent de la construction identitaire du sujet borderline, de son tempérament, qui tendent à persister (sensation chronique de colère, de vide, phobie abandonnique, perception négative de l'environnement…) (Bourvis et al., 2017). Ainsi la diminution de la prévalence du TPB avec l'âge pourrait être un artéfact, possiblement en lien avec une diminution de l'impulsivité liée à l'âge. Bien qu'il soit admis que la personnalité est soumise à des changements tout au long de la vie, les critères diagnostiques n'ont encore jamais été adaptés à l'âge.

6 DIFFICULTES RENCONTREES POUR POSER LE DIAGNOSTIC : DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET COMORBIDITES

6.1 TPB et autres troubles de la personnalité du cluster B :

Les troubles de la personnalité sont classés en 3 groupes fondés sur des similitudes descriptives. Le TPB est inclus dans le cluster B, « groupe théâtral-émotif », au côté des personnalités antisociale, histrionique et narcissique. Il peut parfois être difficile de les différencier, que ce soit du fait des similitudes cliniques, mais aussi du fait de stéréotypes sociaux concernant les rôles et les comportements typiques attendus de la part des individus de chaque sexe (Crocq et al., 2015).

Les tableaux ci-dessous regroupent les points communs mais aussi les éléments spécifiques de chacun des troubles.

<u>Tableau 2:</u> Comparaison entre TPB et personnalité histrionique (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007)

	Points communs entre TPB et Trouble de la personnalité histrionique	Eléments spécifiques au trouble de la personnalité histrionique
Terrain et Anamnèse	. Emergence des troubles à la fin de l'adolescence/début de l'âge adulte	
Clinique	. Labilité et hyper-expressivité émotionnelle . Dépendance affective . Quête d'attention . Somatisations . Répétitions de tentatives de suicide (TS) ou menaces suicidaires . Eléments d'autodestruction . Perturbation de l'identité . Manifestations de conversion . Comportement manipulateur	. Présentation théâtrale . Aspect et comportement souvent provocants, séduction sexuelle inappropriée . Usage régulier de l'aspect physique pour attirer l'attention . Absence de ruptures violentes des relations avec autrui . Absence d'autodestruction . Absence de sentiment chronique de vide . Absence de sentiment de déréalisation . Faible vulnérabilité aux idées délirantes
Comorbidités fréquentes	. Episodes dépressifs majeurs . Trouble des conduites alimentaires . Troubles anxieux . Autres troubles de la personnalité	. Rares addictions comorbides

<u>Tableau 3:</u> Comparaison entre TPB et personnalité antisociale (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007; HAS, 2006)

	Points communs entre TPB et trouble de la personnalité antisociale	Eléments spécifiques au trouble de la personnalité antisociale
Terrain et Anamnèse	. Histoire de vie traumatique	. Symptômes de troubles des conduites avant l'âge de 15 ans . Facteur de risque : TDAH + trouble des conduites avant l'âge de 10 ans
Clinique	. Manipulation d'autrui dans le but d'être pris en charge . Instabilité émotionnelle . Impulsivité . Irritabilité agressivité . Mises en danger répétées . Difficultés d'insertion	. Manque d'empathie . Opinion orgueilleuse de soi . Charme superficiel
Comorbidités fréquentes	. Troubles anxieux . Troubles dépressifs . Troubles addictifs . Autres troubles du contrôle des impulsions . Autres troubles de la personnalité	

Tableau 4: Comparaison entre TPB et personnalité narcissique (Crocq et al., 2015; Guelfi & Rouillon, 2007)

	Points communs entre TPB et trouble de la personnalité narcissique	Eléments spécifiques au trouble de la personnalité narcissique
Terrain et anamnèse	. Emergence des troubles à la fin de l'adolescence/début de l'âge adulte.	
Clinique	. Quête d'attention . Tendance aux éclats de colère suite à une frustration . Relations sentimentales instables	. Grandiosité (sentiment de supériorité, d'être unique, exagération de ses qualités, fantaisies de grandeur illimitées) . Arrogance . Stabilité de l'image de soi, absence d'autodestruction, d'impulsivité et de phobie abandonnique
Comorbidités fréquentes	. Trouble des conduites alimentaires de type anorexique . Troubles de l'usage de substances . autres troubles de la personnalité	

6.2 TPB et trouble de la personnalité impulsive :

Dans la classification CIM-10, le TPB (F60.31) est inclus dans les personnalités émotionnellement labiles (F 603) au côté de la personnalité impulsive (F 60.30). Ces deux diagnostics partagent de nombreuses caractéristiques comme définis dans la CIM-10 : « tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. » (Organisation Mondiale de la Santé, 1993)

La personnalité impulsive sera caractérisée « principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions » (Organisation Mondiale de la Santé, 1993). On pourrait alors se représenter la personnalité impulsive comme une forme tronquée de la personnalité borderline, ne présentant pas de dysrégulations relationnelles (efforts frénétiques pour éviter l'abandon, relations instables avec idéalisation et dévalorisation des autres) ni de dysrégulations cognitives (troubles de

l'identité liés à la perception de soi, pensées paranoïdes transitoires ou sensation de dissociation dans des situations stressantes).

6.3 TPB et Trouble bipolaire :

Les relations entre TPB et trouble bipolaire (TB) alimentent un débat animé depuis de nombreuses années. Quand certains auteurs s'appliquent à différencier ces deux troubles aux nombreuses similitudes (Paris, 2007), d'autres sont en faveur d'une inclusion du TPB au sein d'un « spectre bipolaire » remettant en cause l'existence même du TPB comme entité propre (Acta Psychiatrica Scandinavica & Akiskal, 2004).

Le « spectre bipolaire » étendrait l'entité nosographique actuelle du trouble bipolaire, en incluant le « trouble bipolaire de type III » (hypomanie induite par antidépresseur) et le « trouble bipolaire de type IV » (trouble bipolaire à cycle ultra-rapide) ; ce-dernier décrivant les fluctuations de l'humeur typiques du TPB (Acta Psychiatrica Scandinavica & Akiskal, 2004; Paris, 2007).

Les nombreuses ressemblances entre trouble bipolaire à cycle ultra-rapide et TPB questionnent les auteurs : le trouble bipolaire à cycle ultra-rapide pouvant être analysé comme un trouble bipolaire avec TPB comorbide ou expliquant ces similitudes par le fait d'une altération de l'axe du stress commune au TB et au TBP (Coulston et al., 2012).

Pour l'équipe de Feliu-Soler (Feliu-Soler et al., 2013), les différences de durée d'épisode thymique, le type de fluctuation et la réponse aux traitements pharmacologiques, sont autant d'arguments pour différencier ces deux troubles. Dans une études cas-témoins de 140 sujets, Feliu-Soler et coll. (Feliu-Soler et al., 2013) ont tenté de trouver des différences au sein des similitudes, en étudiant l'attention et l'impulsivité dans ces deux populations et chez des sujets contrôles. On retrouve une vitesse de traitement de l'information plus rapide chez les borderlines et plus lente chez les bipolaires suggérant une atteinte cognitive plus importante et diffuse chez les patients bipolaires, et un déficit de l'attention sélective chez les borderlines versus un déficit de l'attention soutenue chez les bipolaires.

Henry et coll. en 2007 ce sont eux penchés sur l'instabilité émotionnelle (Henry, 2007) ; cette labilité s'exprimerait chez les borderlines principalement par des affects dysphoriques (tristesse, angoisse, colère, irritabilité) quand les sujets bipolaires exprimeraient plus d'euphorie.

Dans une revue de la littérature en 2012 (Coulston et al., 2012), Coulston et coll. ont recherché des différences entre ces deux pathologies concernant la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité, les antécédents de traumatisme dans l'enfance et leurs possibles substrats neurologiques. L'absence d'étude de comparaison directe entre ces deux populations et des données insuffisantes pour chacun des critères observés ne permettent pas de tirer de conclusions définitives. Néanmoins, les nombreuses ressemblances entre trouble bipolaire à cycle rapide et TPB questionnent les auteurs : le trouble bipolaire à cycle rapide est-il un trouble bipolaire avec TPB comorbide ou bien ces ressemblances sont-elles en lien avec un trouble de l'humeur et des altérations de l'axe du stress communs aux deux pathologies ?

Tableau 5: Comparaison entre TPB et TB (Bassett, 2012; Coulston et al., 2012; Euler et al., 2018; Feliu-Soler et al., 2013; Henry, 2007; Paris, 2007)

	Points communs entre TPB et TB	Eléments spécifiques au TB
Terrain et anamnèse	. Antécédent (ATCD) de psychotraumatisme dans l'enfance . ATCD familiaux au 1er degré de TPB ou TB . Emergence des troubles à la fin de l'adolescence/début de l'âge adulte	
Clinique	. Labilité émotionnelle . Impulsivité . Scarifications fréquentes . TS fréquentes . Mises en danger fréquentes (conduite automobile dangereuse, conduites sexuelles à risque etc) . Symptômes psychotiques parfois présents . Relations interpersonnelles conflictuelles	. Pas d'altération de la construction identitaire . Irritabilité et colère présentes uniquement durant les épisodes humoraux . Fluctuations de l'humeur plus lentes que chez les TPB (au moins 4 jours) et moins liées à des évènements externes . En cas de fléchissement thymique: stable et indépendant de l'environnement . Efficacité des traitements thymorégulateurs et des antipsychotiques atypiques
Neurologique	. Déficit attentionnel	. Vitesse de traitement de l'information diminuée . Altération de l'attention soutenue
Comorbidités fréquentes	. Toxicomanie . Trouble anxieux	
Evolution		. Persistance des symptômes et troubles cognitifs fréquents

6.4 Comorbidités multiples :

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées sont : les troubles de l'humeur (96%), les troubles anxieux (88%), un autre trouble de la personnalité (74%), les troubles de l'usage de substance (64%-66%), les états de stress post-traumatiques (46-56%), les troubles alimentaires (53%), le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (15%) et les troubles somatoformes (10%). (Chapman & Fleisher, 2018; Lieb et al., 2004).

La présence de comorbidité complique la prise en charge et aggrave le pronostic. Leur prise en charge permet d'améliorer la clinique du trouble de personnalité sous-jacent.

Troubles de l'humeur :

Les troubles dépressifs sont la comorbidité la plus fréquente chez les patients borderlines avec un taux oscillant entre 41% et 83% (Euler et al., 2018; Lieb et al., 2004). La dépression chez le sujet borderline se manifestera par une majoration des angoisses abandonniques et de l'auto-agressivité, un sentiment de vide, de colère et de culpabilité plus marqué. Il faut porter une attention particulière au risque suicidaire cumulatif de ces deux pathologies.(American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018).

10 à 20% des patients souffrant de TPB présentent un trouble bipolaire comorbide (Gunderson et al., 2018; Lieb et al., 2004). Akiskal et coll, dans une étude prospective évaluant l'apparition de trouble bipolaire chez des sujets borderlines, retrouvaient un taux de 15% d'apparition sur une période d'évaluation allant de 6 mois à 3 ans (Henry, 2007). Ainsi, tout épisode affectif isolé doit faire évoquer un trouble bipolaire associé ou remettre en question le diagnostic de TPB.

Trouble anxieux :

Il représente une prévalence de 88% chez les patients borderlines avec : 23 à 47% de phobie sociale, 16 à 25% de troubles obsessionnels compulsifs et 31 à 48% de troubles paniques (Lieb et al., 2004).

Autre trouble de la personnalité :

Plus de 60% des borderlines sont affectés par un autre trouble de la personnalité. Les personnalités pathologiques comorbides les plus fréquentes sont : le trouble de la personnalité anxieux-évitant (43 à 47%), le trouble de la personnalité dépendante (16 à 51%) et la personnalité paranoïde (14 à 30%) (Euler et al., 2018; Lieb et al., 2004). D'autres études citent le trouble de la personnalité narcissique et le trouble de la personnalité anti-sociale comme autres comorbidités fréquentes (Euler et al., 2018).

Troubles addictifs :

Plus de la moitié des patients borderlines souffrent d'un trouble de l'usage de substance qui va impacter négativement le TPB, majorant le risque suicidaire et les comportements à risque (Lieb et al., 2004).

Mais si la prévalence des troubles de l'usage de substances est plus importante que dans la population générale (environ deux fois plus fréquente pour le trouble de l'usage de l'alcool et cinq fois plus fréquente pour l'usage ou l'addiction à des drogues (Zanarini et al., 2011)), il est important de noter que cette prévalence diminue considérablement avec le temps (Zanarini et al., 2011). Dans une étude de suivi d'une population de 290 patients borderlines, l'équipe de Zanarini a observé que 90% des patients avec un trouble de l'usage de substance ou d'alcool étaient en rémission après 10 ans d'évolution.

Les addictions comportementales sont également fréquentes (Euler et al., 2018).

Etat de stress post-traumatique (ESPT) :

Avec une prévalence de 26% à 56% selon les études l'ESPT comorbide entraine une symptomatologie borderline plus sévère du fait des symptômes psychotic-like et des états dissociatifs plus fréquents, ainsi que d'une suicidalité majorée (Euler et al., 2018).

Trouble du comportement alimentaire (TCA) :

La boulimie nerveuse affecte 25% des patients borderlines (devant l'anorexie et l'obésité). Elle est généralement associée à une émotionalité négative, une impulsivité, des comportements automutilants et une suicidalité plus marqués (Euler et al., 2018).

TDAH :

Le TDAH a une prévalence de 15% dans la population borderline. Il représente aussi un facteur de risque de développer un TPB (Amad et al., 2014). Associés, ces deux troubles entrainent une impulsivité plus élevée et un plus grand déficit de mentalisation que chaque trouble pris individuellement (Euler et al., 2018). Lorsqu'un TDAH comorbide est suspecté, il est recommandé d'adresser en consultation spécialisée (Euler et al., 2018).

L'émergence très fréquente de comorbidités ou complications tels que les troubles anxieux, la dépression, les addictions, rendent le tableau moins lisible et la prise en charge plus complexe.

7 AIDES AU DIAGNOSTIC : LES INSTRUMENTS DE MESURE

Le polymorphisme clinique du TPB en fait un des diagnostics les plus complexes de la nosographie psychiatrique. Les similarités dans la présentation clinique avec d'autres pathologies psychiatriques sont à l'origine d'errances diagnostiques et donc thérapeutiques. Une identification d'autant plus difficile que certains de ces diagnostics différentiels peuvent également être des comorbidités ; la question du diagnostic peut se poser en termes de « ou » mais aussi en termes de « et ».

Devant ces difficultés, l'utilisation d'instruments standardisés permet d'augmenter la validité du diagnostic. Les différentes « guidelines » étrangères recommandent de mener un entretien structuré ou semi-structuré afin d'établir le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels ou d'identifier les comorbidités (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), 2009; National Health and Medical Research Council (Australia), 2013). Ces questionnaires permettent également au patient de se reconnaitre dans les symptômes ou situations décrits dans les questionnaires, et ainsi d'adhérer au diagnostic posé.(American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), 2009; National Health and Medical Research Council, 2013).

Si leur usage est systématique en recherche, ces outils restent peu utilisés en pratique clinique, notamment du fait d'un manque d'habitude de recours aux échelles ou de durées de passation longues rendant difficile leur mise en place.

Le tableau ci-après liste les principaux instruments standardisés recommandés par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence), le NHRMC (National Health and Medical Research Council) et la SSPP (Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie), disponibles et validés en français.

Tableau 6: Entretiens et questionnaires pour le diagnostic de TPB(Bouvard et al., 1999; Cloos et al., 2006; Euler et al., 2018; Hyler et al., 1990; Laconi et al., 2016; Maffei et al., 1997; Mirkovic et al., 2020; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013; Zanarini et al., 2003)

	Entretiens et Questionnaires	Description du questionnaire
Auto-questionnaires	**PDQ-4+** (Personality Disorder Questionnaire for DSM-IV-TR) (Hyler et al., 1990; Laconi et al., 2016)	. 99 items . Version française peu valide.
	MSI-BPD (McLean Screening Instrument for borderline personality disorder) (Zanarini et al., 2003)	. Outil de dépistage de 10 items qui, si positif, pose l'indication de la passation d'un entretien semi-structuré tel que le SIDP-IV. . Disponible et validé en français.
Hétéro-questionnaires structurés	**SIDP-IV** (Stuctured Interview for DSM-IV Personality Disorders) (Cloos et al., 2006; Mirkovic et al.,2020)	. 86 questions regroupées en 10 sections pour chacun des troubles de la personnalité, cotation de 0 à 3 pour chaque section. . Disponible et validé en français.
	SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders) (Bouvard et al., 1999; Maffei et al., 1997)	. Auto-questionnaire suivi d'un entretien structuré. . Disponible et validé en français
Hétéro-questionnaire Semi-structuré	**DIB-R** (Diagnostic Interview for Borderline-Revised) (Cloos et al., 2006)	. 29 items répartis en 5 sections. . Disponible et validé en français

Dans ce premier chapitre, nous constatons que le TPB est une pathologie fréquente et sévère dont le diagnostic, souvent décrié, est difficile du fait d'une grande variabilité des tableaux cliniques, de similarités avec d'autres troubles psychiatriques, et de nombreuses et fréquentes comorbidités.

II. HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES :

Les difficultés diagnostiques, la fréquence, la sévérité, la morbidité et la mortalité de ce trouble, ont amené de nombreux psychiatres à tenter de comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'apparition de cette pathologie, avec un intérêt très marqué depuis les années 2000 à partir desquelles on note une explosion des études. Ce trouble présente une physiopathologie complexe et de nombreux modèles ont été pensés pour tenter de comprendre les mécanismes à l'origine du TPB.

1 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Le rôle d'une exposition à un traumatisme précoce dans le développement du TPB est interrogé depuis l'émergence du concept nosographique avec l'hypothèse freudienne en 1905 de la survenue d'un traumatisme durant le stade anal du développement, expliquant l'explosion des symptômes borderlines à l'adolescence (Bourvis et al., 2017).

Des processus d'attachement perturbés, un environnement invalidant et la maltraitance infantile sont depuis, décrits comme des facteurs de risque de développer ce trouble. Les processus d'attachement précoces jouent un rôle primordial dans le développement humain ; ainsi, les théories de l'attachement affirment que les interactions parents-enfant adaptées permettent de construire une connexion émotionnelle durable (Crowell et al., 2009).

Cette pathologie peut donc être pensée comme un trouble du développement dont les prémices se retrouvent dans l'enfance, une enfance marquée par des attachements « insecure » et des transactions familiales psychotiques, dans laquelle l'enfant ne peut développer ses compétences en régulation émotionnelle et en mentalisation (Bourvis et al., 2017).

On retrouve ainsi une prévalence très importante de psychotraumatismes infantiles (négligence 92%, abus sexuels 40-76% ou violence physique 25-73%), dont l'intensité et la précocité seraient corrélées à un tableau clinique plus sévère de TPB (Zanarini et al., 2002). L'équipe de Johnson et coll. en 1999 (Johnson et al., 1999), retrouvait un odd ratio à 8 concernant le taux de TPB chez les jeunes adultes ayant subis des violences ou négligences familiales par rapport à ceux qui n'ont pas été victimes de maltraitance.

D’autres évènements dans l’enfance sont également associés à une prévalence plus importante de TPB tels que : le divorce des parents, une maladie chez un des parents ou la présence d’un TPB chez l’un des parents (Amad, 2018).

La prévalence majeure de traumatismes infantiles chez les sujets borderlines suggère que ces traumatismes sont les principaux facteurs psychosociaux impliqués dans le développement du TPB. Cette hypothèse a pu être soutenue par des études prospectives avec de grandes cohortes d’enfants ayant subis des psychotraumatismes (Johnson et al., 1999; Widom et al., 2009).

L’aspect central de la place du psychotraumatisme ont amené à penser l’ESPT et le TPB comme 2 facettes d’une même pièce, dont la face serait décidée en fonction de l’âge de survenue du traumatisme (Gunderson & Sabo, 1993; Lewis & Grenyer, 2009). En effet la survenue d’un traumatisme dans l’enfance favoriserait le développement d’un TPB, alors que la survenue d’un traumatisme à l’âge adulte augmenterait le risque d’ ESPT (Amad et al., 2014). L’évolution clinique différente s’expliquerait par la neuroplasticité âge-dépendante : plus le traumatisme survient précocement dans le développement, plus la présentation clinique du TPB sera sévère et durable (Kolb et al., 2014; Zanarini et al., 2002).

Certaines pathologies psychiatriques dans l’enfance prédisposent à certains troubles de la personnalité à l’âge adulte dont le TPB. Les épisodes dépressifs, le trouble anxieux, les abus de substance, le TDAH et le trouble des conduites de type oppositionnel augmentent significativement le risque de TPB à l’âge adulte (Sperenza, 2018).

Cependant, aucun de ces antécédents n’est spécifique au TPB, et l’hypothèse selon laquelle le TPB et l’ESPT seraient 2 présentations cliniques d’une même entité nosographique se heurte au fait que l’expérience d’un psychotraumatisme n’est ni nécessaire ni suffisante à expliquer le développement d’un TPB (Lewis & Grenyer, 2009).

2 FACTEURS BIOLOGIQUES

2.1 Les monoamines cérébrales :

Depuis les années 1990 de nombreuses études ont étudié le rôle des monoamines cérébrales dans le TPB. On retrouve notamment l’implication du système

sérotoninergique avec l'impulsivité, l'instabilité affective et l'auto-agressivité, du système dopaminergique avec l'impulsivité et les symptômes de dissociation/déréalisation, et du système noradrénergique avec la dysphorie des affects (Martín-Blanco et al., 2016).

De nombreuses études suggèrent une activité centrale en sérotonine diminuée dans le TPB. Un déficit en sérotonine (5-HT) serait associé avec certains symptômes du TPB : l'instabilité de l'humeur et les comportements auto-agressifs (Crowell et al., 2009; Martín-Blanco et al., 2016).

Cependant, les déficits en monoamines cérébrales ne sont pas spécifiques au TPB et sont retrouvés dans d'autres troubles de la personnalité et d'autres pathologies psychiatriques.

2.2 La dysrégulation de l'axe du stress :

Les études portant sur la dysrégulation de l'axe du stress chez les patients borderlines retrouvent des résultats très contradictoires, qui pourraient s'expliquer par des différences méthodologiques majeures (mode de recrutement des populations, méthodes et condition du dosage de cortisol etc.).

Crowell et coll. (Crowell et al., 2009) rapportent que l'anxiété chronique entrainerait une augmentation de la réponse de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, axe qui selon les modèles animaux serait en relation avec le système neuro-endocrinien, et serait à l'origine d'une dysrégulation de la réponse au stress. L'axe du stress serait aussi impliqué dans les comportements suicidaires (Lester, 1992). La dysrégulation de l'axe du stress se retrouve dans de nombreuses pathologies psychiatriques et notamment dans le TPB et l'ESPT (Bourvis et al., 2017).

Depuis les années 1990 de nombreux points communs ont été constatés entre ces deux pathologies. Sur le plan neurobiologique, (Rinne et al., 2002) puis (Yehuda et al., 2004) ont montré que les patients souffrant d'ESPT présentaient des taux de cortisolémie plus faibles que la population témoin, une densité de récepteurs de glucocorticoïdes plus importante et un rétrocontrôle négatif plus marqué lors de l'administration de 0.5mg de DEXAMETHASONE. Lors d'une étude cas-témoin menée chez 32 patients borderline sans ESPT comorbide et exempts de tout traitement pharmacologique et 18 patients témoins appariés selon l'âge et le genre, l'équipe de Carrasco en 2007 (Carrasco et al., 2007) a pu retrouver des résultats similaires avec

une corrélation statistiquement significative entre l'importance du rétrocontrôle et la sévérité de la clinique du TPB.

En parallèle, Bourvis et coll dans une revue de la littérature parue en 2017 (Bourvis et al., 2017; Gunderson et al., 2018), rapportent quant à eux un taux de cortisol salivaire basal plus élevé, une réponse au stress plus rapide, et un rétrocontrôle négatif plus faible chez les patients borderlines que chez les sujets sains. Ces modifications seraient associées à une diminution de la taille et de la densité neuronale de l'hippocampe, laissant penser à un effet neurotoxique de l'excès de glucocorticoïdes (Perroud, 2014).

Selon Bourvis et coll (Bourvis et al., 2017), ces résultats opposés pourraient s'expliquer par l'existence de 2 types de patients borderlines. D'une part les patients au « profil post-traumatique », caractérisés par la présence d'antécédents traumatiques qui montrent un taux de cortisol de base diminué ou normal, une réponse cortisolique au stress diminuée ou normale et un rétrocontrôle négatif augmenté. D'autre part, les patients « profil dysphorique », caractérisés par la présence de symptômes thymiques qui montrent un taux de cortisol de base élevé, une réponse cortisolique au stress augmenté et un rétrocontrôle négatif diminué (Bourvis et al., 2017).

2.3 La perturbation de la balance neuro-végétative :

Afin d'expliquer l'impulsivité des sujets borderlines, des équipes ont exploré l'hypothèse d'une activité sympathique accrue au détriment d'une activité parasympathique. Face à une source de stress, ce phénomène privilégierait une réponse comportementale active (« fight or flight » soit l'attaque ou la fuite) alors que la réponse parasympathique vagale, favorisant un comportement adaptatif plus subtil, serait inhibée (Bourvis et al., 2017).

Une méta-analyse de cinq études cas-contrôles (Koenig et al., 2016) avec un total de 128 sujets borderlines et 143 sujets sains a montré un tonus vagal de repos significativement diminué chez les borderlines et une association significative entre diminution du tonus vagal au repos et augmentation de l'impulsivité et de la labilité émotionnelle. L'étude ne permet cependant pas de dire si cette balance neurovégétative perturbée, non spécifique du TPB, est un phénotype qui précède le développement du TPB ou s'il en est une conséquence.

2.4 L’ocytocine :

L’ocytocine joue un rôle clef dans les schémas d’attachement, les conséquences d’une exposition précoce à des stresseurs environnementaux, la réponse future à une situation de stress aiguë et dans la transmission non génétique de traits comportementaux. L’équipe de Bertsch en 2013 (Bertsch et al., 2013) a montré que le taux sérique d’ocytocine chez les patientes borderlines était significativement plus faible que chez les sujets sains et que ce taux était inversement corrélé à la présence d’antécédent de psychotraumatisme précoce.

3 FACTEURS NEUROLOGIQUES

Le modèle de Gross (Gross, 1998) décrit les processus émotionnels selon les étapes suivantes. La phase de perception du stimulus durant laquelle l’information est transmise au thalamus par les organes sensoriels puis évaluée par les aires limbiques pour organiser la réponse émotionnelle. Et la phase de régulation émotionnelle faite par le cortex préfrontal qui permet la réévaluation du stimulus puis la modulation et l’adaptation de la réponse émotionnelle. On observe donc un circuit court via le thalamus et l’amygdale qui apporte une réponse de type « survie », et un circuit long via le cortex préfrontal qui apporte une réponse analysée (Lotstra, 2002).

Au cours des premières années de vie, les traumatismes pourraient avoir des conséquences définitives sur le circuit de la peur et l’amygdale, sans laisser de trace mnésique du fait de la maturation hippocampique tardive (vers l’âge de 2-3 ans). Bourvis et coll. (Bourvis et al., 2017) rapportaient une diminution des volumes amygdalien et hippocampique ainsi qu’une hyperactivité des régions impliquées dans le circuit de la peur chez des sujets ayant subi des traumatismes précoces.

Une série d’études rapportées par Crowell et son équipe (Crowell et al., 2009) suggèrent que le TPB est associé à un déficit du circuit fronto-limbique incluant le cortex orbito-frontal et ventro-latéral préfrontal, l’amygdale, l’hippocampe, le gyrus fusiforme, le cortex cingulaire antérieur, les ganglions de la base et le thalamus. Aucune de ces atteintes n’est spécifique du TPB.

Plusieurs théories élaborées par Davidson, Putnam et Larson en 2000 puis Mann en 2003, soulignent la relation entre un dysfonctionnement fronto-limbique et

une vulnérabilité à la dysrégulation émotionnelle et à l'impulsivité. Ces théories suggèrent que le circuit préfrontal impliqué dans l'inhibition des réponses comportementales serait insuffisant face à l'hyperactivité limbique.

Ces théories pourraient amener plusieurs hypothèses. D'une part, les antécédents de traumatismes pourraient avoir des conséquences à long terme sur l'amygdale avec un hyperfonctionnement du circuit de la peur au détriment de la région corticale. D'autre part, il existe un défaut d'activation préfrontale primaire à l'origine d'un défaut d'inhibition des aires limbiques.

Cependant une méta-analyse de neuro-imagerie fonctionnelle menée par Amad et Radua en 2017 (Amad & Radua, 2017), retrouve au contraire une hyperactivation basale des zones limbiques associée à une hyperactivation basale de certaines régions frontales (le cortex cingulaire antérieur, les gyri frontaux inférieur et supérieur gauche), zones qui seraient impliquées dans le traitement de la douleur et dans les symptômes dissociatifs (symptômes permettant au sujet de se détacher d'une situation émotionnellement trop douloureuse). Ces résultats remettent en question l'hypothèse jusqu'alors communément admise et rappellent les résultats observés dans les populations souffrant d'ESPT. Ils sont toutefois nuancés par l'auteur du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées et de la présence de nombreuses comorbidités ne permettant donc pas d'attribuer ces résultats au TPB seul.

4 LE MODELE VULNERABILITE-STRESS

Dès 1993 Linehan (Linehan, 1993) s'interroge sur les causes de ce trouble de personnalité et développe une théorie biopsychosociale qui est toujours d'actualité.

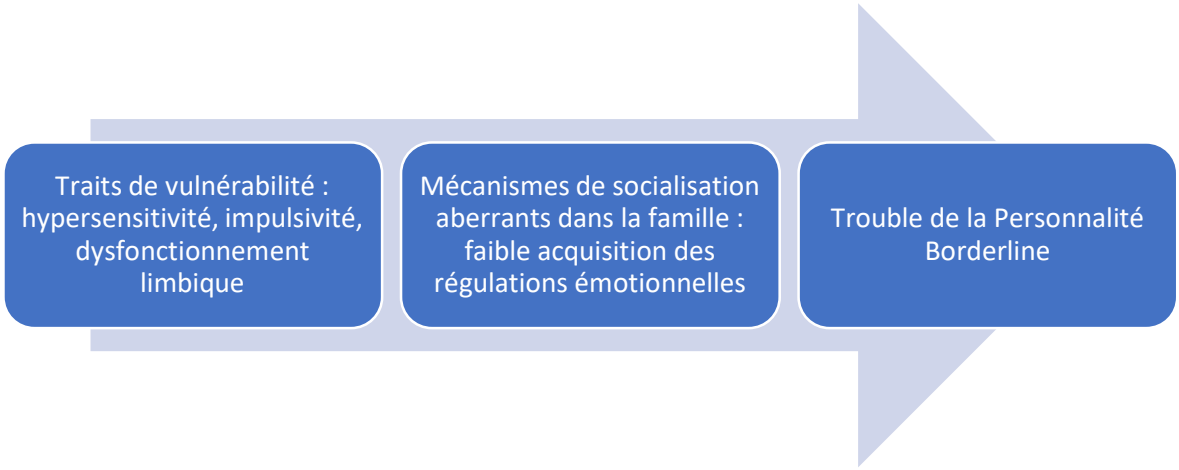


Figure 2 : Les origines du TPB : les dysrégulations émotionnelles, adapté du modèle de Linehan (Linehan, 1993)

D'après Linehan (Linehan, 1993), le TPB est avant tout un trouble de la régulation émotionnelle avec hypersensitivité, qui émerge dans un contexte environnemental invalidant chez un sujet présentant des vulnérabilités biologiques. La dysrégulation émotionnelle est à l'origine des modèles de réponses pathologiques face à des situations émotionnelles complexes.

Ce contexte environnemental invalidant est défini par une intolérance à l'expression d'émotions intimes, obligeant l'enfant à faire face à ses émotions de manière internalisée et sans accompagnement parental. De ce fait, l'enfant n'apprend pas à comprendre, identifier, réguler ni tolérer ses réponses émotionnelles et va donc osciller entre une inhibition émotionnelle et une labilité émotionnelle extrême (Crowell et al., 2009).

L'approche de psychopathologie développementale de Linehan a été enrichie par son travail avec Crowell et coll. (Crowell et al., 2009) qui ont décrit les transactions réciproques entre les vulnérabilités biologiques et les facteurs environnementaux, et en étudiant plus spécifiquement le trait d'impulsivité. Si une fois le TPB déclaré, la composante impulsive et la composante émotionnelle sont presque toujours liées, il semble que dans la genèse du trouble, l'impulsivité puisse émerger indépendamment et plus précocement que la dysrégulation émotionnelle.

Ce modèle biopsychosocial repose sur 5 postulats :

- L'impulsivité émergerait précocement dans le développement du TPB.

- Le développement de la labilité émotionnelle extrême caractéristique du TPB est façonné et maintenu par l'environnement affectif/les figures d'attachement, selon les caractéristiques propres de l'enfant (par exemple la sensibilité émotionnelle)
- Il existe un renforcement réciproque entre les vulnérabilités biologiques et les facteurs de risque environnementaux, renforcement réciproque qui potentialise la dysrégulation émotionnelle et comportementale à l'origine des difficultés relationnelles et cognitives.
- Dès la moitié de l'adolescence, il existe un ensemble de traits de personnalité et de comportements inadaptés qui indiquent un risque accru de développer un TPB.
- Ces traits et comportements majorent le risque de TPB du fait des conséquences sur les relations interpersonnelles et sur le fonctionnement social.

Le développement d'un TPB serait donc influencé par : les caractéristiques propres de l'individu, les caractéristiques de son « care-giver » ou figure d'attachement, le contexte environnemental et les échanges entre ces différentes caractéristiques. Les vulnérabilités interagissent avec l'histoire du sujet pour modeler et maintenir les dysrégulations émotionnelles, comportementales, interpersonnelles, la définition du moi et, à terme, générer une personnalité borderline.

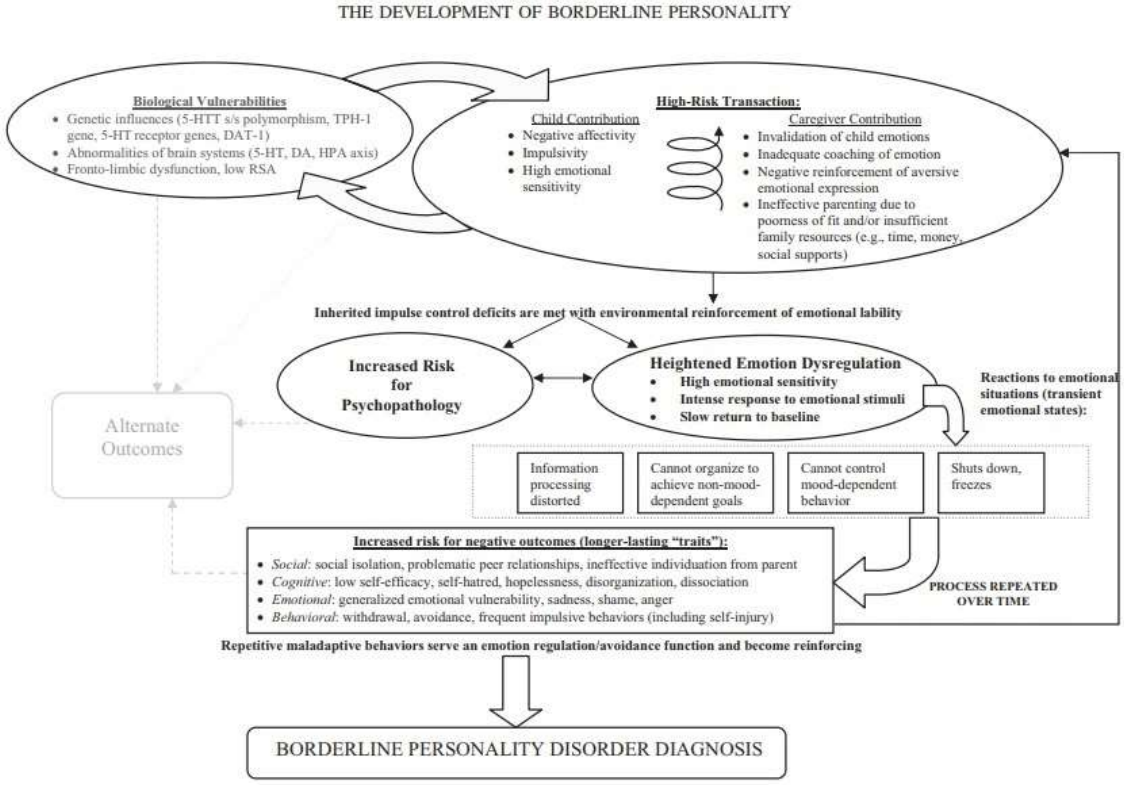


Figure 1. A biosocial developmental model of borderline personality. 5-HT = serotonin; DA = dopamine; HPA = hypothalamic–pituitary–adrenal; RSA = respiratory sinus arrhythmia. Figure adapted from "The Development of Borderline Personality and Self-Injurious Behavior," by S. E. Crowell, T. P. Beauchaine, and M. F. Lenzenweger, 2008, in T. P. Beauchaine & S. Hinshaw (Eds.), *Child Psychopathology* (p. 528), Hoboken, NJ: Wiley. Copyright 2008 by John Wiley & Sons, Inc. Adapted with permission.

Figure 3 : Un modèle biosocial de développement du TPB : extension de la théorie de Linehan.(Crowell et al., 2009)

Bateman et Fonagy ont également réalisé un modèle similaire (Bateman & Fonagy, 2006), mais qui est centré sur le déficit de mentalisation et non sur le trouble de la régulation émotionnelle. Suivant le même raisonnement « vulnérabilité-stress » : le TPB se développe chez un sujet porteur de vulnérabilités héréditaires, confronté à des expériences d'attachement précoce pathologiques, entrainant un trouble du développement des cognitions sociales et un déficit de mentalisation. Face à des stimuli relationnels à contenu émotionnel, le sujet réactive des « patterns » (ou schémas) d'attachement pathologiques désorganisés, caractérisés par un rétrécissement des fonctions mentales intégratives (capacités réflexives et métacognitives), aboutissant à des comportements dysfonctionnels (Sperenza, 2018).

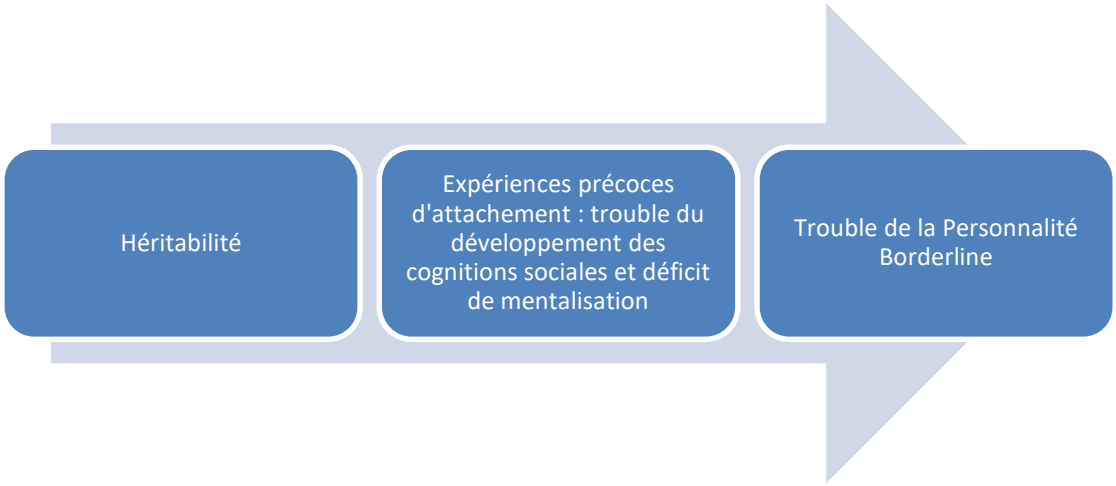


Figure 4 : Les origines du TPB : le déficit de mentalisation, adapté du modèle de Fonagy et Bateman (Bateman & Fonagy, 2006)

5 FACTEURS GENETIQUES ET EPIGENETIQUES, L'HYPOTHESE D'UNE INTERACTION GENE-ENVIRONNEMENT

Si les premières études d'agrégation familiale et sur les jumeaux ont pu être critiquées du fait de différences méthodologiques, de leurs faibles puissances et de l'hétérogénéité du phénotype borderline, les travaux récents soutiennent l'hypothèse de l'existence d'une part génétique dans l'apparition du TPB.

Lors d'une méta-analyse de grande ampleur en 2014, Amad et coll (Amad et al., 2014) ont rassemblé ces travaux. Les études d'agrégation familiale et sur les jumeaux, dont une réalisée sur 3 pays (Australie, Belgique et Pays-Bas), ont systématiquement retrouvé une héritabilité estimée à 40% (Amad et al., 2014; Reichborn-Kjennerud et al., 2010). L'extension de ces études à l'entourage direct a permis de prouver que cette héritabilité est bien due à une transmission génétique et non à une transmission culturelle (Amad et al., 2014).

Plusieurs polymorphismes génétiques ont été étudiés afin d'identifier les gènes impliqués.

De nombreuses études rapportées par Crowell et coll (Crowell et al., 2009) ont étudié le lien entre l'impulsivité/l'instabilité affective et un polymorphisme spécifique du système sérotoninergique. Ainsi, les patients souffrant de TPB auraient moins de récepteurs au transporteur de la sérotonine (5-HTT). Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée concernant le gène du transporteur de

la sérotonine, le gène de la tryptophane hydroxylase 1 ni le gène du récepteur 1B de la sérotonine (Amad et al., 2014).

S'il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre les gènes impliqués dans la régulation des monoamines cérébrales et le développement d'un TPB (du fait d'échantillons trop petits et de l'étude d'un nombre limité de polymorphismes), l'étude de l'axe du stress a permis de montrer une possible contribution des variants génétiques de l'axe du stress dans la genèse du TPB (Martín-Blanco et al., 2016).

En effet, les résultats de l'étude de Martin-Blanco et coll (Martín-Blanco et al., 2016) suggèrent que deux polymorphismes du gène FKBP5 (codant pour une protéine chaperonne des récepteurs aux glucocorticoïdes), et plusieurs polymorphismes du gène CRHR2 (codant pour un récepteur d'hormone corticotrope) seraient associés au TPB. De plus, ces associations seraient renforcées en présence de maltraitance infantile (Binder et al., 2008; Martín-Blanco et al., 2016; Xie et al., 2010).

Le gène FKBP5 est régulé différemment durant les différentes phases de développement (enfance, adolescence, adulte) et joue un rôle dans la connectivité de régions cérébrales et circuits impliqués dans la régulation des émotions et des fonctions cognitives (Zannas & Binder, 2014). Cette différence de régulation pourrait également expliquer l'évolution différente du trouble selon l'âge de survenue d'un traumatisme (Amad et al., 2015).

Gunderson et coll (Gunderson et al., 2018) rapportent les travaux de l'équipe de Prados en 2015, qui ont montré une association entre la méthylation de certains gènes impliqués dans la neuroplasticité (MIR124-3 impliqué dans la neuroplasticité et la fonction amygdalienne, et BDNF codant pour un facteur neurotrophique), le TPB et la présence de psychotraumatismes précoces.

Cependant, on ne retrouve pas de polymorphisme ni de gène déterminé, qui soient associés de manière statistiquement significative au TPB. La contradiction entre une héritabilité forte et l'absence d'identification de gène déterminé tend à faire penser que l'expression de la pathologie dépendrait peut-être d'une association entre un génotype particulier et des facteurs environnementaux, allant dans le sens d'une interaction gène-environnement.

L'épigénétique propose une modulation de l'expression des gènes par des régulations telles que la méthylation/déméthylation des molécules d'ADN, le remodelage de la chromatine ou la modification des histones. Ces régulations découleraient d'interactions entre les gènes et l'environnement.

Des recherches ont pu montrer que des polymorphismes spécifiques de la dopamine DRD4 étaient liés à des attachements désorganisés parents-enfant. Cela suggère une interaction gène-environnement qui va influencer le processus d'attachement. Cette interaction gène-environnement est particulièrement marquée durant les premières années de vie (Perroud, 2014).

Au terme d'une revue systématique de la littérature portant sur la génétique du TPB, Amad et coll (Amad et al., 2014) ont présenté en 2014 un modèle intégrant les interactions gène-environnement, pouvant expliquer la contradiction entre une forte héritabilité du TPB et l'absence d'étude d'association gène-TPB statistiquement significative.

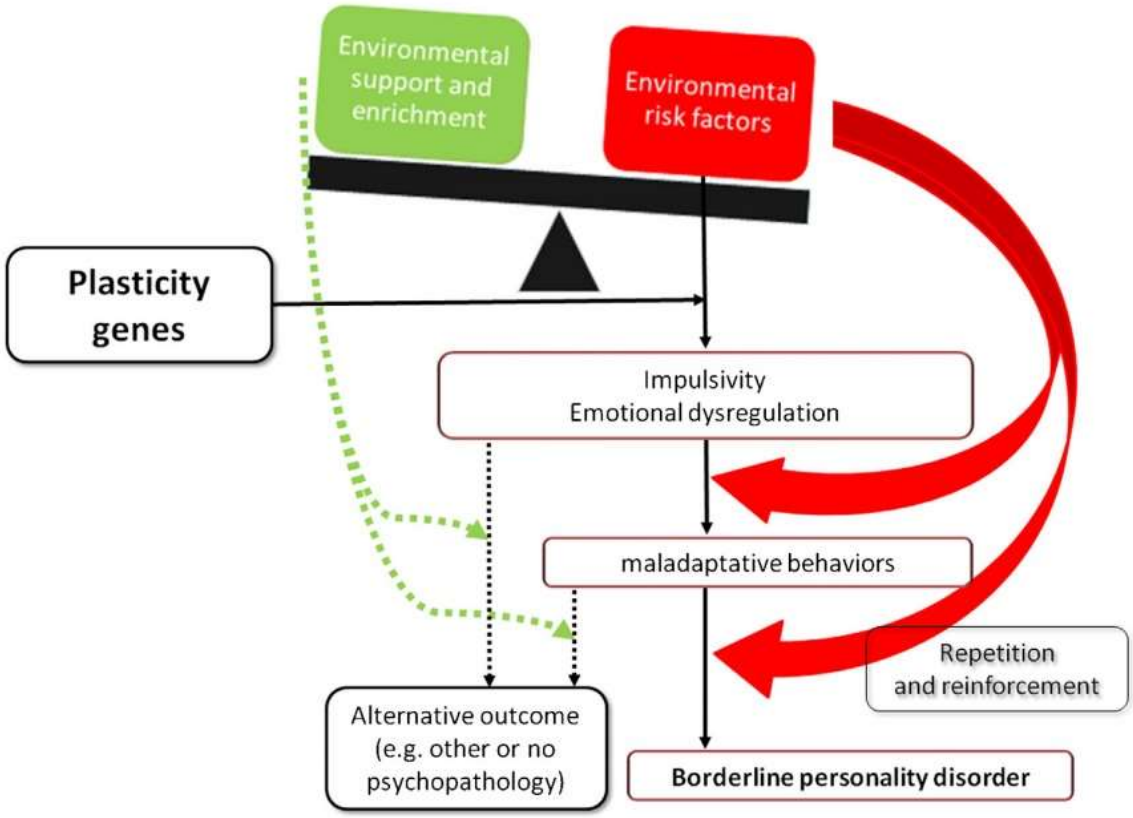


Figure 5 : Les origines du TPB : l'interaction gène-environnement (Amad et al., 2014)

On passe de l'hypothèse de « gènes de vulnérabilité » à celle de « gènes de susceptibilité à l'environnement » ou « plasticity genes », plus sensibles à l'environnement. (Amad et al., 2014) Ces gènes de susceptibilité vont avoir un effet sur la vulnérabilité à des causes environnementales du TPB et non pas un effet direct sur l'émergence de la maladie. L'expression de ces gènes va être modifiée par l'environnement, codant alors pour des phénotypes qui vont favoriser une vulnérabilité

au TPB (tels que les gènes associés à la réponse physiologique au stress). Par exemple, l'équipe de Perroud (Perroud et al., 2011) a pu montrer une corrélation entre la répétition d'abus sexuels dans l'enfance et un pourcentage de méthylation plus important du gène NR3C1 codant pour un récepteur aux glucocorticoïdes.

Ainsi, un environnement négatif durant l'enfance pourrait contribuer à une dysrégulation émotionnelle et à une augmentation de l'impulsivité, via l'interaction de la plasticité des gènes. Afin d'éviter des affects négatifs, les individus développent des comportements inadaptés qui peuvent être par la suite renforcés et répétés amenant à développer un TPB.

Cependant un environnement enrichissant en interaction avec cette plasticité des gènes pourrait modifier cette trajectoire et conduire vers une absence de pathologie ou une autre pathologie. Cette vulnérabilité à l'environnement se fait donc « pour le pire » mais aussi « pour le meilleur ». On retrouve alors l'exemple classique du transporteur de la sérotonine : si les porteurs de l'allèle court du transporteur de la sérotonine, sont plus à risque de développer un épisode dépressif caractérisé lorsqu'ils sont exposés à environnement négatif, ils sont également plus performants pour certaines taches cognitives, artistiques et ont de meilleures aptitudes sociales que les porteurs de l'allèle long, quand exposés à un environnement positif (Amad, 2018).

A ce jour, la trajectoire développementale qui conduit à l'émergence du TPB est multiple et ne peut se résumer à une approche restrictive. Elle est expliquée par des modèles complexes prenant en compte tant l'environnement que le fonctionnement génétique, biologique, neurologique et psychique de l'individu. Des recherches longitudinales restent nécessaires pour identifier plus précisément les précurseurs et permettre une meilleure prévention et prise en charge de ce trouble.

III. CONCLUSION DE LA PARTIE A :

Le TPB divise sur le plan diagnostic et passionne sur le plan étiologique. Malgré des positionnements parfois divergents, les psychiatres s'accordent sur la complexité du diagnostic en lien avec des comorbidités et diagnostics différentiels nombreux, des hypothèses étiologiques multiples. Ils s'accordent surtout sur le sentiment

d’impuissance et la remise en question de nos prises en charge devant des tableaux cliniques parfois catastrophiques.

Nous allons dans cette prochaine partie synthétiser les différentes recommandations d’expert ou « guidelines » concernant la prise en charge des patients souffrant de TPB.

PARTIE B. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANTS DE TPB : SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS :

I. RECOMMANDATIONS EXISTANTES :

1 RECOMMANDATIONS FRANCAISES

A l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandation française concernant la prise en charge du TPB. Seul le rapport de prise en charge de la psychopathie, édité en mai 2006 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (HAS, 2006), évoque le TPB par le biais des « états limites à expression psychopathique ». Le rapport fait néanmoins la distinction entre ces deux personnalités pathologiques par le fait que les états limites à expression psychopathique « se construisent autour d'une angoisse d'abandon et de vide d'une part, et d'autre part autour d'agressivité et de passage à l'acte envers les autres et soi-même ».

Bien que le rapport porte sur la prise en charge de la personnalité psychopathique, il spécifie la prise en charge de certains traits communs aux deux troubles comme l'impulsivité, l'irritabilité psychoaffective et la difficulté d'insertion. L'accent est mis sur la nécessité d'un cadre de soin structurant, d'une organisation en réseau et d'une coordination efficace entre les différents acteurs médico-sociaux afin de résister aux mises en échec et ruptures de suivi fréquentes. Les traitements psychotropes sont évoqués à visée symptomatique et pour le traitement de comorbidités, sans spécifier de classe pharmacologique, mais en invitant à la prudence concernant l'usage des benzodiazépines. Les psychothérapies individuelles de type cognitivo-comportementales ou psychodynamiques sont indiquées avec une vigilance particulière vis-à-vis des relations duelles (HAS, 2006).

2 RECOMMANDATIONS ETRANGERES

Les premières recommandations sont rédigées par l'American Psychiatric Association (APA) en 2001 (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001), révisées en 2005. La psychothérapie est le traitement de première intention,

mais reste associée à une pharmacothérapie ciblée sur des symptômes spécifiques. Le concept de plan de gestion du traitement y est déjà présent. Cependant ces guidelines n'ont pas été réactualisées depuis 2005 et ne prennent donc pas en compte les études et recherches des quinze dernières années.

C'est ensuite le Royaume-Uni en 2009 qui édite les « guidelines » du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), où l'on retrouve les principes fondamentaux des recommandations actuelles, avec une mise à distance de la pharmacothérapie par rapport aux recommandations de l'APA. Mises à jour en 2018, elles font une revue exhaustive des connaissances actuelles sur le TPB et explicitent spécifiquement l'organisation des soins, le type de soin et la place de chaque intervenant.

Sur un modèle très similaire, le National Health and Medical Research Council (NHRMC) australien publie en 2013 ses recommandations (National Health and Medical Research Council, 2013).

Puis en 2018, la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie propose à son tour des « guidelines » (Euler et al., 2018), reprenant le principe de prise en charge des guidelines australiennes et anglo-saxonnes, et détaillant les psychothérapies structurées recommandées.

II. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE ET PLAN DE GESTION, SYNTHESE DES GUIDELINES A L'ETRANGER (NICE, NHRMC, APA, SSPP) :

Les différentes « guidelines » recommandent de mener un entretien structuré ou semi-structuré afin d'établir le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels ou d'identifier les comorbidités. Une étude soigneuse de l'histoire de vie et des antécédents est indispensable pour établir un diagnostic définitif.

L'annonce diagnostique et la psychoéducation précoce sont essentielles à la prise en charge du TPB. Le diagnostic permet d'identifier le trouble alors que les patients nous sollicitent souvent pour d'autres plaintes ; il fixe le cap des attentes du

patient et du soignant. Le patient doit être informé des hypothèses étiopathogéniques, de l'hérédité, des différentes thérapeutiques efficaces. Les personnes ressources doivent être activement intégrées dans la prise en charge et incitées à avoir recours aux groupes d'entraide spécifiques.

Le cadre de prise en charge doit être essentiellement ambulatoire, les hospitalisations n'intervenant que dans des cadres bien spécifiques détaillés plus bas. L'association de prise en charge individuelle et groupale est recommandée.

L'organisation des soins doit être régie par un « plan de soin » ou « plan de gestion global », mis en place dès le début des troubles, en impliquant de manière active le patient. Ce plan de soin est défini avec le patient, au terme d'une discussion ouverte sur les possibilités thérapeutiques appropriées et disponibles, en lui laissant le libre choix lorsque plusieurs options thérapeutiques s'offrent à lui. Il doit être réévalué tous les 6 mois et après chaque situation de crise.

Ce plan de soin comprend les objectifs à court, moyen et long terme, les moyens mis en œuvre pour les atteindre, et le détail des traitements (pharmacologiques et non pharmacologiques). Ces objectifs doivent être hiérarchisés : tout d'abord le traitement des comportements suicidaires ou auto-dommageables, puis les comportements interférant avec la thérapie et enfin les comportements interférant avec la qualité de vie. La fréquence des rendez-vous et la gestion de l'absentéisme y sont spécifiées. Le patient doit être informé que son traitement repose sur la psychothérapie et que la pharmacothérapie ne peut avoir qu'un rôle accessoire.

Le plan de soin doit obligatoirement comprendre la prise en charge des situations de crise, comprenant : la disponibilité du psychiatre référent en dehors des rendez-vous, les professionnels de santé auprès de qui s'adresser, l'implication de l'entourage et des personnes concernées dans l'entourage psychosocial. Les motifs de recours aux urgences sont explicités auprès du patient et de son entourage.

La place de chaque professionnel de santé est clairement établie dans le plan de soin. En particulier, le psychiatre référent est le seul garant du cadre et des traitements psychotropes. Le médecin généraliste tient place de coordonnateur et diffuse le plan de soin. Le travail en collaboration des différents intervenants est indispensable.

Toute prise en charge d'un sujet borderline doit comprendre une psychothérapie structurée dont les détails seront spécifiés plus bas.

III. LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE :

La question de l'hospitalisation a été très controversée, pourtant, elle reste très fréquente dans la prise en charge des patients borderlines. En effet, chaque année 20% des patients souffrant de TPB sont hospitalisés, et 80% des patients souffrant de TPB ont été ou sont hospitalisés (Lieb et al., 2004).

D'un côté les aspects de sécurité et médico-légaux inciteraient les cliniciens à privilégier l'hospitalisation.

De l'autre, l'hypothèse d'une iatrogénie probable avec des risques de régression, de désactivation, de déresponsabilisation du patient, avec un risque d'augmenter les comportements para-suicidaires suite au renforcement de l'environnement après une tentative de suicide, rendraient prudentes les indications. Ainsi plusieurs experts des TPB (Dawson et MacMillan en 1993, Paris en 2017) mettaient en garde contre l'hospitalisation des patients borderlines (Dawson & MacMillan, 2014; Paris, 2017). La SSPP invite à la prudence concernant les hospitalisations du fait du risque de « régression maligne », de comportements imitatifs, de dépassement de limite entre les patients ou avec les membres de l'équipe. Elle alerte également sur un risque d'altération de fonctions psycho-sociales jusqu'alors préservées, du fait d'un séjour hospitalier trop long (Euler et al., 2018).

Le recours à l'hospitalisation peut survenir dans 2 situations différentes : un recours à une hospitalisation courte à visée sécuritaire en situation de crise suicidaire ou d'escalade auto/hétéro-agressive, ou une hospitalisation longue à visée thérapeutique dans le cadre d'un TPB marqué avec dégradation du fonctionnement du patient.

Dans le cas de l'hospitalisation de crise : aucune étude ne montre l'intérêt d'une hospitalisation sur le devenir des patients suicidaires avec TPB. De plus, bien que la

prévention suicidaire reste un enjeu majeur, l'hospitalisation ne devrait pas être considérée comme une méthode préventive optimale pour éviter les passages à l'acte (risque maximum la première semaine suivant l'admission et les deux semaines suivant la sortie) (Cailhol et al., 2014).

Cailhol et coll. (Cailhol et al., 2014), en s'appuyant sur les données de l'étude épidémiologique prospective multicentrique FRENCH CRISIS, a étudié les effets de l'orientation hospitalière des patients suicidants à haut risque de TPB sur le risque de récidive de comportements suicidaires à 6 mois. L'inclusion dans l'étude FRENCH CRISIS se faisait aux urgences de trois établissements hospitaliers du Sud-Ouest de la France et a permis de constituer un échantillon de 197 patients borderlines. L'étude de Cailhol et coll. a pu montrer que, si l'hospitalisation de crise n'avait probablement pas d'effet iatrogène et apportait une protection immédiate, elle n'apportait pas d'effet protecteur (ni délétère) sur le risque suicidaire à 6 mois après la sortie.

Lors d'une intervention au congrès de l'Encéphale en 2018 (Cailhol, 2018), Cailhol résumait la conduite à tenir aux urgences et au sein d'une hospitalisation. En pratique aux urgences, la décision d'hospitaliser un patient borderline va s'appuyer sur : les habitudes locales (si l'hospitalisation n'est pas recommandée par les équipes de soin, il est probable que les services ne bénéficient pas de programme adapté et que le patient y soit moins bien accueilli), la possibilité d'alternatives ambulatoires (équipe de crise, unité mobile), les comorbidités et le fonctionnement du patient, et le choix du patient. L'hospitalisation quand elle a lieu, doit avoir une durée et un cadre définis à l'entrée, doit être construite autour d'un modèle psychothérapique commun et éprouvé (au sein de l'équipe soignante hospitalière et commun avec l'équipe ambulatoire), dans un climat de coopération en gérant les conflits entre soignants, et en favorisant l'activation comportementale et la responsabilisation du patient. Durant l'hospitalisation, la médication doit être diminuée, y compris concernant certaines comorbidités qui seraient accessibles à la psychothérapie. Dès l'entrée, la post-hospitalisation doit être pensée.

Dans le cas d'hospitalisations longues à visée thérapeutique, les études récentes (Fowler et al., 2018) rapportent que la crainte d'un effet iatrogène est plus basée sur des peurs anciennes que sur des preuves scientifiques.

Lors d'une étude naturalistique longitudinale, l'équipe de Fowler (Fowler et al., 2018) a pu montrer que, construites avec un modèle psychothérapeutique, les hospitalisations pourraient apporter une amélioration fonctionnelle, une diminution des symptômes et avoir un risque de régression faible. Dans cette étude comprenant 245 patients borderlines hospitalisés appariés à 220 patients non borderlines hospitalisés, les améliorations cliniques évaluées pendant 8 semaines sont similaires dans les 2 groupes, et seuls 1.1% des patients borderlines ont pu montrer une dégradation clinique lors de l'hospitalisation. Fowler et coll. rapportaient également les travaux de Bartak et coll. (Bartak et al., 2011) qui, lors d'une étude multicentrique de 207 patients avec trouble de la personnalité (77% diagnostiqués TPB), auraient montré la supériorité d'une prise en charge intra-hospitalière intensive. De même, Bohus et coll. (Bohus et al., 2004) dans la seule étude contrôlée randomisée publiée concernant le traitement en intra-hospitalier de patients borderlines, ont montré la supériorité d'une prise en charge intensive en intra-hospitalier comparativement au traitement habituel = TAU (« treatment as usual ») en ambulatoire.

Plusieurs « guidelines » recommandent des indications spécifiques à l'hospitalisation de patients borderlines.

L'APA (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001) recommande une hospitalisation prolongée selon les critères suivants :

- Risque suicidaire persistant et sévère, auto-destructivité, ou absence d'adhésion du patient à la prise en charge ambulatoire ou à une hospitalisation partielle.
- Présence de comorbidités de l'axe 1 avec risque vital
- Présence de trouble de l'usage de substance comorbide sévère et avec échec de la prise en charge ambulatoire/hospitalisation partielle.
- Risque d'hétéro-agressivité avec échec antérieur de l'hospitalisation courte.
- Symptômes dont la sévérité impacte le fonctionnement social, professionnel, avec échec antérieur de la prise en charge ambulatoire/d'hospitalisation partielle/d'hospitalisation courte.

L'APA recommande une hospitalisation à temps partiel lorsque :

- Les comportements impulsifs ne sont pas maitrisables en prise en charge ambulatoire classique.
- Le patient n'adhère pas à la prise en charge ambulatoire et que la clinique s'aggrave.

- Il existe des comorbidités qui nécessitent une évaluation clinique plus approfondie.
- L'intensité des symptômes empêche le fonctionnement socio-professionnel.

Des hospitalisations de crise, courtes (dont la durée n'est pas spécifiée dans les « guidelines »), sont proposées par l'APA lorsque le patient présente un risque vital imminent ou des symptômes psychotiques transitoires.

Le National Institute for Health and Care Excellence (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) recommande une hospitalisation de courte durée en cas de risque suicidaire ou hétéro-agressif important et ne pouvant être résolu en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation partielle, en prenant soin de différencier les idées suicidaires chroniques de la crise suicidaire. La durée et les objectifs de cette hospitalisation sont définis à l'entrée par le patient et son médecin. Les modalités de soin au sein de l'hospitalisation doivent être adaptées à la prise en charge du TPB. Ces « guidelines » précisent que des hospitalisations trop fréquentes ou trop longues pourraient s'avérer délétères car empêcheraient le patient de développer ses propres ressources et capacités d'adaptation.

Le National Health and Medical Research Council (National Health and Medical Research Council, 2013) en Australie a rédigé des « guidelines » très complètes concernant les modalités d'hospitalisation. Le recours à l'hospitalisation doit être évité, et ne doit être envisagé que pour de courtes durées, dans un contexte de risque suicidaire élevé, avec des objectifs spécifiques déterminés par le patient et son médecin. Lorsque cela est disponible, le patient doit être adressé dans une unité spécialisée dans la prise en charge du TPB.

La Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (Euler et al., 2018) recommande de courtes interventions de crise hospitalières (1 à 15 jours maximum) dans les cas suivants : suicidalité et dangerosité difficilement contrôlable en ambulatoire, exacerbation de troubles affectifs ou anxieux, présence de forts symptômes dissociatifs, trouble de l'usage de substances majeur ou présence d'un environnement délétère favorisant le maintien des symptômes. Les conditions générales du séjour, sa durée et les modalités de sortie doivent être définies à l'entrée. L'ensemble des soins proposés doivent avoir pour objectif la stabilisation de la crise afin de permettre au patient la poursuite des soins ambulatoires, et doivent se dérouler idéalement dans un service ouvert en évitant autant que possible les mesures coercitives. En dehors des situations de crise, et si la complexité de la

symptomatologie et de la situation de vie psychosociale ne permet pas une prise en charge ambulatoire, une hospitalisation en milieu psychothérapeutique avec un concept de traitement multimodal conçu pour le TPB peut être envisagée (Euler et al., 2018).

IV. LA PSYCHOTHERAPIE :

De nombreuses recherches conduites depuis les années 1990, étayent les recommandations internationales lorsqu'elles préconisent l'utilisation de psychothérapie comme principal traitement du TPB. La place de la psychothérapie dans la prise en charge des TPB est peut-être le seul point non controversé concernant cette pathologie.

Les recommandations concernant le type de psychothérapie à mettre en place ont beaucoup évolué durant les quarante années au cours desquelles cette pathologie a été étudiée. Quatre modèles se démarquent : la thérapie comportementale dialectique (« dialectical behaviour therapy » = DBT), la thérapie basée sur la mentalisation (« Mentalisation Based Therapy » = MBT), la thérapie focalisée sur le transfert (« therapy focused on transfer » = TFP) et la thérapie des schémas (« schematic-centered therapy » = ST).

1 THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE

La DBT est certainement la plus documentée et celle qui a pu le plus montrer son efficacité dans des études contrôlées-randomisées.

<u>Tableau 7 :</u> Résumé des essais randomisés-contrôlés sur la psychothérapie comme traitement du TPB (Lieb et al., 2004)

Traitement (nombre de patients)	Critères d'inclusion	Durée de l'étude	Principaux effets
DBT (n=24) versus TAU (n=22)	TPB + TS dans les 8 dernières semaines + une autre TS dans les 5 dernières années + sexe féminin	1 an	fréquence des mises en danger et comportements para-suicidaires, observance, recours aux urgences et hospitalisations, colère, fonctionnement social, fonctionnement global
DBT (n=12) versus prise en charge en addictologique et psychiatrique habituelle (n=16)	TPB + trouble addictif + sexe féminin	1 an	usage de drogues illicites, fonctionnement social, fonctionnement global
DBT+LAAM (n=11) versus DBT without change strategies + 12 étapes en individuel + 12 étapes en groupe + LAAM (n= 12)	TPB + dépendance aux opioïdes actuelle + sexe féminin	1 an	consommation d'opioïdes
DBT (n=12) versus thérapie centrée sur le client (n=12)	TPB + admission aux urgences pour TS	1 an	comportements suicidaires et parasuicidaires, impulsivité, colère, dépression, fonctionnement global, recours à l'hospitalisation
DBT (n=10) versus suivi psychiatrique des vétérans (n=10)	TPB + sexe féminin	6 mois	comportements suicidaires et parasuicidaires, idées suicidaires, sentiment de désespoir, dépressivité, colère
DBT (n=31) versus prise en charge addictologique et psychiatrique habituelle (n=33)	TPB + sexe féminin	1 an	fréquence des automutilations et des TS, observance, impulsivité
DBT (n=52) versus suivi psychothérapeutique habituel par des psychologues formés à la crise suicidaire et TPB (n=51)	TPB + TS dans l'année ou scarifications dans les 8 dernières semaines + une autre TS dans les 5 dernières années + sexe féminin	1 an	TS, suicidalité, mises en danger, observance, recours aux urgences et à l'hospitalisation, colère extériorisée
Hospitalisation d'approche psychoanalytique (n=19) versus hospitalisation en milieu classique (sans psychothérapie) (n=19)	TPB	1-5 ans	scarifications, TS, recours à l'hospitalisation, anxiété, dépression, fonctionnement social, fonctionnement global

LAAM = levo-alpha-acetylmethadol

La DBT est une thérapie ambulatoire pour patients borderlines avec trouble chronique, développée dans les années 80 aux Etats-Unis par Linehan. Elle appartient aux thérapies cognitivo-comportementales de la 3^{e} vague et s'appuie sur la théorie bio-sociale qui décrit la genèse du trouble selon le modèle vulnérabilité-stress.

La conception dialectique se retrouve dans le style et la stratégie d'intervention du thérapeute : une séance individuelle hebdomadaire, coaching téléphonique, intervention de crise, séance en groupe, entrainement aux compétences et supervision du thérapeute. La thérapie est divisée en plusieurs modules avec pour objectif la diminution voire la disparition des problèmes comportementaux (comportements suicidaires/agressifs/mettant en péril l'alliance). Elle permet d'augmenter les capacités comportementales par le « skills training » (développement de compétences) en apprenant des techniques de régulation des émotions, de tolérance des émotions négatives et de gestion des conflits interpersonnels. La DBT permet d'augmenter la motivation au changement en analysant les expériences et en travaillant sur les

renforcements. Elle travaille sur des compétences utiles au quotidien et structure l'environnement, permettant de s'intégrer au mieux socialement.

Dès 1991, les études d'efficacité comparativement au traitement habituel ou TAU (treatment as usual) montrent une efficacité supérieure sur la diminution des automutilations et des tentatives de suicide, sur la diminution du nombre d'hospitalisation, sur la diminution des comportements impulsifs, de l'humeur dépressive, de la colère et des difficultés interpersonnelles (Von de Fenn, 2018). Ces résultats sont retrouvés dans la méta-analyse menée par l'équipe de Cristea en 2017 (Cristea et al., 2017) et confirment le statut de « gold standard » de la DBT dans la prise en charge du TPB.

2 THERAPIE BASEE SUR LA MENTALISATION

La MBT est située à l'interface des approches psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques. Développée et manualisée par Fonagy et Bateman pour les troubles de la personnalité limite, la MBT est basée sur la théorie de l'attachement et les connaissances issues de la psychologie du développement et des neurosciences cognitives. Selon Fonagy et Bateman, chez les patients borderlines les situations interpersonnelles réactivent un schéma d'attachement insecure et les modes non mentalisés associés à une excitation émotionnelle. La suicidalité, les comportements d'automutilation et d'autodestruction seraient donc en lien avec un déficit de mentalisation. Le but primaire de la MBT est de permettre la mentalisation dans un contexte d'attachement sécure en instaurant un climat de confiance.

Les soins s'organisent autour de séances individuelles et groupales, au rythme de 1 à 2 séances par semaine sur une durée approximative de 18 mois, en suivant une hiérarchisation dynamique commençant par une validation empathique, puis une induction au changement jusqu'à l'identification d'affects dans un contexte interpersonnel.

La SSPP rapportent trois études randomisées contrôlées montrant une efficacité supérieure comparativement au traitement habituel sur la réduction de la suicidalité, des automutilations, des réhospitalisations et de la dépressivité (Euler et

al., 2018). Cependant, la quasi-exclusivité des essais contrôlés ont été réalisés par l'équipe créatrice de la MBT, diminuant de ce fait le niveau de preuve (Cristea et al., 2017).

3 THERAPIE FOCALISEE SUR LE TRANSFERT

La thérapie focalisée sur le transfert (TFP), thérapie psychodynamique s'appuyant sur un modèle psychanalytique développée par Kernberg, est basée sur l'hypothèse que l'origine du TPB remonte à un trouble de la relation d'objet interne. Les représentations du soi et des objets ne sont pas intégrées en une identité différenciée de la personne. Le manque de cohérence de l'image de soi et des autres, appelé « diffusion de l'identité », serait à l'origine de la symptomatologie borderline.

L'objectif de la TFP est donc de changer les problèmes structurels de la personnalité. Le point de départ de la thérapie est la relation transférentielle se développant au sein de la dyade thérapeutique, permettant de rendre conscientes les représentations internes des relations d'objet, et donc d'obtenir une meilleure cohérence de l'image de soi et des autres (Euler et al., 2018).

Les guidelines suisses et anglo-saxonnes rapportent deux essais randomisés contrôlés (Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). La première étude de Clarkin et coll. en 2007 (Clarkin et al., 2007), de faible pouvoir statistique, montrait une réduction de la suicidalité et de l'impulsivité. La seconde étude, menée par l'équipe de Doering et coll. en 2010 (Doering et al., 2010), a confirmé cette diminution de la suicidalité et a montré une amélioration de la symptomatologie borderline et du fonctionnement psychosocial, ainsi qu'une diminution de la fréquence des hospitalisations.

4 LA THERAPIE DES SCHEMAS

La thérapie des schémas (ST) a été développée à partir de la thérapie cognitive par Young et ses collègues, sur un modèle original intégratif, intégrant des éléments

issus de différentes écoles (thérapie-cognitivo-comportementale, théorie de l'attachement, Gestalt-thérapie, constructivisme et psychanalyse) (Young et al., 2017).

Dans la ST, les schémas inadaptés sont conceptualisés comme une structure cognitive stable causée par des frustrations sévères de besoins psychiques fondamentaux dans l'enfance (tels que l'amour, la chaleur, l'attention, l'acceptation ou l'autonomie). Ces schémas vont avoir une forte influence sur la perception de soi, de sa relation aux autres et du monde dans son ensemble. Cette théorie des schémas a par la suite été élargie avec l'approche des modes ; chaque mode étant défini comme une combinaison de schémas activés et de stratégies de coping. La ST identifie cinq modes centraux fréquemment exprimés chez les patients borderlines, qui sont le point de départ du travail thérapeutique qui aura pour objectif d'aider le patient à mieux percevoir et satisfaire ses propres besoins et à changer ses schémas non-adaptatifs (Euler et al., 2018).

La thérapie se déroule au rythme d'une séance par semaine sur une période s'étendant de 9 à 36 mois.(National Collaborating Centre for Mental Health, 2009)

Une méta-analyse de 72 études réalisées entre 1990 et 2015, présentée lors de la conférence de l'International Society for Schema Therapy en 2016, rapportait que la ST était le traitement qui connaissait le plus faible taux d'abandon (Young et al., 2017). La SSPP rapporte l'étude de l'équipe de Giesen-Bloo en 2006 (Euler et al., 2018; Giesen-Bloo et al., 2006), qui montrait une efficacité supérieure de la ST comparativement à la TFP concernant une amélioration du degré de sévérité général du TPB.

Bien que ces thérapies soient efficaces, il est souvent difficile d'y avoir recours du fait d'un manque de praticiens formés, de la nécessité d'une disponibilité d'équipe conséquente et du grand nombre de patients borderlines. Devant cette problématique, Bateman et coll. ont proposé un modèle thérapeutique d'approche généraliste, en s'appuyant sur les caractéristiques communes aux thérapies validées(Bateman et al., 2015).

Cinq points communs entre les différentes thérapies du TPB, basées sur les preuves :

1. La prise en charge s'appuie sur une thérapie structurée et manualisée spécifique au TPB
2. Le patient est responsabilisé
3. Le thérapeute aide le patient à faire le lien entre les émotions déclenchées par des évènements et les comportements
4. Le thérapeute est actif, réactif et soutenant
5. Le thérapeute est supervisé

L'approche généraliste : proposition des points fondamentaux de prise en charge :

1. Thérapeute ayant une expérience antérieure avec le TPB
2. Thérapeute soutenant
3. Thérapie centrée sur la gestion de situations pratiques
4. Thérapie non-intensive (1/semaine, avec ajout d'entretien si nécessaire)
5. Les ruptures de suivi sont attendues, la présence systématique aux rendez-vous est optionnelle
6. La pharmacothérapie adjuvante est intégrée dans le suivi
7. Les prises en charge en groupe et familiale sont encouragées

Figure 6: Modèle thérapeutique d'approche généraliste pour la prise en charge du TPB développé par Bateman.(Bateman et al., 2015)

Cette approche est également décrite par l'équipe de Gunderson (Gunderson et al., 2018) sous le nom de « general psychiatric management » (GPM). Une approche s'appuyant sur le principe du « case-management », permettant une réponse adaptée à la réalité de l'offre de soin, donnant un guide aux praticiens non spécialisés dans le TPB et une prise en charge adaptée aux formes moins sévères permettant de conserver une meilleure capacité d'accueil des spécialistes pour les formes sévères, dans le principe du « staging » déjà mis en place en Australie pour les TPB.

De la même manière, la SSPP (Euler et al., 2018) synthétise les points communs aux 4 formes de thérapie décrites ci-dessus ; points communs considérés comme « « common ground » trans-théoriques du traitement du TPB » :

- Structuration claire et intégration conceptuelle du traitement
- Buts thérapeutiques convenus conjointement et orientés sur les difficultés principales du patient
- Attitude fondamentale thérapeutique active et flexible, le thérapeute assurant un rôle de soutien
- Encouragement de l'activité et de l'auto-efficacité du patient
- Fréquence d'une à deux séances par semaine pendant un à trois ans
- Supervision régulière du thérapeute
- Vérification régulière des buts thérapeutiques

Figure 7 : Points communs trans-théoriques des psychothérapies spécifiques du TPB. Adapté de (Euler et al., 2018)

L'ensemble des « guidelines » étrangères (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013) placent la psychothérapie comme traitement de 1ère intention, en privilégiant les psychothérapies structurées spécifiques au TPB, conduites par un thérapeute formé et supervisé, en coordination avec les autres acteurs de soin. Les guidelines anglo-saxonnes et australiennes précisent que les interventions thérapeutiques brèves (moins de 3 mois) et la psychanalyse ne sont pas recommandées, et que la DBT doit être privilégiée (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013).

V. LA PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE :

Le constat d'anomalies biologiques laisse à penser qu'une approche pharmacologique pourrait être efficace sur certains troubles du comportement du TPB. Une revue d'article réalisée en 2008 par Duggan et coll. (Duggan et al., 2008) a d'ailleurs montré que 70% des études sur la prise en charge pharmacologique des troubles de la personnalité portent sur le TPB.

Il est pourtant difficile de tirer des recommandations des nombreux essais cliniques sur la prise en charge pharmacologique des patients borderline. En effet, les populations étudiées sont hétérogènes et le TPB a de très nombreuses comorbidités rarement contrôlées dans les études. Il est alors difficile de déterminer si l'amélioration clinique observée est en lien avec une réelle efficacité du traitement sur le TPB ou si elle est en lien avec une amélioration de la pathologie comorbide. De plus, la plupart des études sont de faible puissance du fait d'un faible nombre de patients inclus (moyenne de 22.4 participants et 19.3 dans le groupe contrôle), de durées moyennes de traitement courtes (13.2 semaines, médiane à 12 semaines) avec peu de suivi au décours et des biais d'attrition majeurs (Bateman et al., 2015; Duggan et al., 2008). Les méta-analyses sont difficiles à réaliser du fait de grandes disparités méthodologiques et d'un très grand nombre de critères de jugement utilisés dans les différentes études (Bateman et al., 2015; Duggan et al., 2008).

Malgré ces limitations l'équipe de Zanarini (Zanarini et al., 2004) rapportait que 78% des patients borderlines étudiés pendant 6 ans avaient reçu un traitement pharmacologique pendant au moins 75% du temps. La réévaluation de cette population après 16 ans (Zanarini et al., 2015) d'évolution retrouvait que 40% d'entre eux avaient trois ou plus médicaments psychotropes, 20% d'entre eux recevaient quatre ou plus médicaments psychotropes et 10% d'entre eux recevaient cinq ou plus médicaments psychotropes. Par ordre de fréquence, on retrouvait au sein de cette population les traitements suivants : antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS), antidépresseurs atypiques, benzodiazépines, antipsychotiques et stabilisateurs de l'humeur. Dans une étude multicentrique épidémiologique en soins courants utilisant les données de la caisse régionale d'assurance maladie en Midi-Pyrénées (Cailhol et al., 2015), l'analyse des médicaments les plus délivrés en officine pour les patients borderlines retrouve : les substituts opiacés en première place, les benzodiazépines en 4e place, le premier somnifère en 5e place, le premier antidépresseur en 7e place et le premier neuroleptique en 13e place. Aucun thymorégulateur ni antipsychotique de 2e génération n'apparait dans les 20 premiers traitements délivrés, ce qui est discordant tant face à l'importance de ces prescriptions en institution que face aux recommandations internationales.

Pour certains auteurs, les psychotropes représentent un traitement adjuvant atténuant l'importance de certains symptômes cibles, et permettant également une meilleure disponibilité du patient au travail en psychothérapie (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018).

La 2e revue de Cochrane par Lieb et coll. (Lieb et al., 2010), une méta-analyse de grande ampleur, a tenté d'évaluer l'efficacité des traitements pharmacologiques. Cependant, malgré une possible efficacité partielle des thymorégulateurs et des antipsychotiques sur certains symptômes, aucune amélioration n'a été notée sur la peur de l'abandon, le sentiment chronique de vide et de tristesse, et sur les troubles identitaires et dissociatifs.

Stoffers et coll. (Stoffers et al., 2010) avaient également fait une méta-analyse qui retrouvait des résultats similaires :

- Effets bénéfiques possibles : antipsychotiques de 2^{e} génération à l'exception de l'Olanzapine (augmentation de l'automutilation), thymorégulateurs, compléments alimentaires à base d'acides-gras oméga 3.
- Effets marginaux : antipsychotiques de 1ère génération et antidépresseurs.

Ces résultats sont à prendre avec précautions car les effets indésirables étaient peu détaillés et de nombreux résultats portaient sur des estimations de l'effet à partir d'études individuelles. Les résultats de ces deux méta-analyses sont résumés dans le tableau ci-après.

Tableau 8 : Synthèse des méta-analyses de (Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010)

	Colère	Comportements suicidaires	Symptômes psychotiques	Impulsivité	Labilité de l'humeur	Anxiété	Dépressivité
Halopéridol	X[a,b]				X[a]		
Flupentixol décanoate		X[a,b]		X[a]			
Aripiprazole	X[a,b]		X[a,b]	X[a,b]	X[a]	X[a,b]	X[b]
Olanzapine	X[a,b]	Aggravation selon Stoffer	X[a,b]		X[a,b]	X[a,b]	
Valproate	X[a,b]				X[a]		X[b]
Lamotrigine	X[a,b]			X[a,b]	X[a,b]		
Topiramate	X[a,b]			X[a,b]	X[a]	X[b]	
Amitriptyline							X[a,b]
Fluvoxamine					X[b]		
Acide-gras oméga 3		X[a,b]		X[a]			X[a,b]
X[a] : Lieb							
X[b] : Stoffer							

En dehors de l'APA qui recommande l'usage de traitement pharmacologique adjuvant, les « guidelines » récentes du NICE, du NHMRC et de la SSPP sont plus prudentes vis-à-vis de la pharmacothérapie.

Les « guidelines » américaines (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001) voient un intérêt du traitement pharmacologique pour la prise en charge des situations de crise et le traitement au long cours de symptômes spécifiques. Cependant, les recommandations sont peu précises sur le choix des traitements. L'APA recommande l'usage des ISRS pour traiter la dysrégulation affective et l'impulsivité, et l'ajout d'un antipsychotique à faible dose ou d'un stabilisateur de l'humeur devant des troubles du comportement sévère. Elle préconise l'utilisation d'antipsychotiques pour traiter les dysrégulations cognitives (troubles de l'identité liés à la perception de soi, pensées paranoïdes transitoires ou sensation de dissociation dans des situations stressantes). Cependant, la Food and Drug Administration n'a approuvé aucun traitement spécifique. Il est important de noter que ces guidelines n'ont pas été réévaluées depuis 2005 et n'ont donc pas pu bénéficier des recherches des quinze dernières années.

Les « guidelines » britanniques (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) affirment que les traitements pharmacologiques doivent être évités, et que leur usage doit être limité aux situations de crise pour une durée maximale d'une semaine, en définissant un symptôme cible, en privilégiant la monothérapie à dose minimale efficace, en prenant en compte les interactions, effets indésirables et potentiel addictif ou risque de mésusage. Les prescriptions doivent être réévaluées régulièrement pour diminuer voire arrêter tout traitement inutile.

De la même manière, les « guidelines » australiennes (National Health and Medical Research Council, 2013) rapportent qu'il n'y a pas de preuve suffisante d'efficacité des traitements pharmacologiques et qu'ils ne doivent pas être utilisés en première intention ni seuls. Le NHMRC appelle à la prudence devant tout traitement à risque d'overdose létale, inducteur de dépendance, ou dont l'association à certaines substances (notamment l'alcool) est contre-indiquée. Pour toute prescription pharmacologique, le patient doit être informé des effets indésirables potentiels et de l'effet thérapeutique limité.

Le NICE et le NHMRC reconnaissent que certains antipsychotiques de 2e génération et thymorégulateurs pourraient diminuer en partie certains symptômes du TPB, mais face au faible niveau de preuve, aux potentiels effets indésirables à long-terme et au risque de mésusage des traitements, la balance bénéfice-risque ne penche pas en faveur des traitements pharmacologiques. On retrouve les grandes lignes des recommandations australiennes et anglo-saxonnes dans le tableau ci-dessous (Bateman et al., 2015).

- La pharmacothérapie ne devrait pas être utilisée en première intention.
- La pharmacothérapie peut être un traitement adjuvant pour une durée limitée.
- Être vigilant lors de l'usage de traitements pouvant être létaux si mésusés ou associés à d'autres substances.
- L'usage de traitement pharmacologique peut être envisagé dans les situations de crise mais doivent être arrêtés dès la crise résolue.
- La pharmacothérapie pourrait avoir un rôle en cas de comorbidité active.
- En l'absence de comorbidité, il faut tendre vers une réduction voire un arrêt des traitements pharmacologiques.

Figure 8 : Recommandations pour la prise en charge pharmacologique des patients borderlines (Bateman et al, 2015)

Pour la SSPP (Euler et al., 2018), la pharmacothérapie doit être principalement limitée aux situations de crise. Les traitements psychotropes doivent alors être mis en place très prudemment en « renonçant complètement à la polypharmacie », avec une hiérarchisation focalisée sur les symptômes. Comme le NICE et le NHRMC, la SSPP invite à la prudence lors de l'utilisation de traitement à risque de dépendance, d'overdose létale ou de mésusage ; allant même plus loin puisqu'elle contre-indique la prescription de benzodiazépine. Tout traitement doit être prescrit à la dose minimale efficace, pour une durée « la plus courte possible », en réévaluant fréquemment son efficacité et sa tolérance.

Cependant, la SSPP rapporte qu'une pharmacothérapie adjuvante à la psychothérapie pourrait être utile dans certains cas, bien que son utilité n'ait pu être prouvée jusqu'à présent.

Les résultats des méta-analyses du NICE, du NHRMC et de la SSPP sont résumés dans le tableau ci-après. Ces résultats ont toujours un niveau de preuve faible à moyen, et ne valent pas pour recommandation. L'ensemble des « guidelines » appellent à des études contrôlées randomisées de grande ampleur pour confirmer ou infirmer ces données.

Tableau 9 : Synthèse des résultats des méta-analyses de la NICE, NHRMC et de la SSPP, sur la pharmacothérapie du TPB

		Agressivité, irritabilité, colère	Impulsivité	Comportement suicidaire	Symptômes cognitivo-perceptifs	Anxiété	Dépressivité
Neuroleptiques	Olanzapine 2.5-5mg/j	x [1,2]		x [2]	x [1]		
	Aripiprazole 5mg/j	x [1,2,3]			x [1]	x [1,2,3]	x [1,3]
	Quétiapine 50-100mg/j	x [1]			x [1]		
	Haldol	x [2]	x [2]				Aggravation selon NICE
Stabilisateurs de l'humeur	Lamotrigine	x [1,2,3]	x [1]				
	Topiramate	x [1,2,3]	x [1]			x [2,3]	x [2]
	Valproate (contre-indiqué chez la femme)	x [1,3]	x [1]				x [2,3]
	Lithium Dangerosité car faible marge thérapeutique			x [1,2]			
Antidépresseurs	Tricyclique						x [2]

x[1]: SSPP (Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie)

x[2]: NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

x[3]: NHRMC (National Health and Medical Research Council)

Malgré l'absence de preuve d'efficacité, nous nous retrouvons fréquemment en pratique clinique devant des situations où il semble difficile de se passer d'un traitement pharmacologique adjuvant.

L'impulsivité connait actuellement un intérêt particulier de la part de chercheurs spécialistes du TPB, dont certains la placent au cœur de la symptomatologie. Ce symptôme pourrait jouer un rôle significatif dans plusieurs autres critères diagnostiques telles que la colère inappropriée ou intense, la répétition de comportements suicidaires ou les relations interpersonnelles instables (Gourion, 2019). Apaiser pharmacologiquement l'impulsivité, prédictrice majeure du risque suicidaire, nous permettrait de « gagner du temps » en sécurisant nos patients dans l'attente que l'évolution clinique naturelle du trouble apporte cette diminution d'impulsivité et limite la mortalité du TPB.

Différentes cibles thérapeutiques sont étudiées dans le traitement de l'impulsivité :

- Moduler l'activité dopaminergique via les antipsychotiques atypiques ou le METHYLPHENIDATE
- Déplacer la balance de libération de neurotransmetteurs du glutamatergique vers le Gabaergique via les antiépileptiques
- Renforcer l'activité sérotoninergique via les ISRS (aucune preuve d'efficacité à ce jour)
- Agir sur la neuroplasticité via le LITHIUM
- L'OLANZAPINE
- Les antagonistes opiacés (NALTREXONE)
- L'ocytocine
- Les probiotiques

Si aucune étude ne retrouve de résultats significatifs à ce jour, Gourion lors de la conférence du congrès de l'Encéphale du 25 janvier 2019 (Gourion, 2019), proposait un algorithme thérapeutique. Dans cet algorithme, on retrouve, en l'absence d'une dimension suicidaire extrême, les antiépileptiques (VALPROATE, LAMOTRIGINE ou

TOPIRAMATE) en première intention, et l'utilisation d'antipsychotiques atypiques en seconde intention. Pour les formes cliniques sévères avec risque suicidaire majeur et échec de l'approche psychothérapeutique seule, Gourion propose l'usage du LITHIUM voire de la CLOZAPINE à faible dose. En effet, dans une méta-analyse de 32 essais randomisés de patients souffrant de différents troubles psychiatriques dont le TPB (1389 patients sous LITHIUM et 2069 patients sous d'autres molécules), Cipriani et ses collaborateurs (Cipriani et al., 2005) ont montré que le risque de décès par suicide était diminué de 74 % chez les patients sous LITHIUM. Concernant la CLOZAPINE à faible dose, dans une méta-analyse réalisée en 2014, Beri et Boydell (Beri & Boydell, 2014) rapportent que la CLOZAPINE pourrait diminuer la sévérité globale de la pathologie avec une amélioration du fonctionnement psycho-social, diminuer les symptômes « psychotic-like » et les automutilations, et permettrait une meilleure observance. Cependant cette méta-analyse ne portant que sur 12 études, sans aucun essai contrôlé-randomisé, ses résultats sont à prendre avec précaution. A ce jour, aucun essai contrôlé randomisé n'a été réalisé sur l'efficacité de la CLOZAPINE chez les patients borderlines.

Ces derniers choix thérapeutiques soulèvent de nombreuses interrogations du fait de la létalité de ces molécules, mais peuvent être discutés notamment dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle où la délivrance et la surveillance de la prise des traitements est contrôlée.

VI. CONCLUSION DE LA PARTIE B

Bien que, une fois encore, la prise en charge des patients borderlines divise les professionnels de santé, plusieurs points semblent faire consensus. Le diagnostic doit être posé au terme d'un entretien structuré ou semi-structuré et d'une étude approfondie de l'histoire de vie et des antécédents. Le diagnostic doit être annoncé au patient et à son entourage, et une psychoéducation doit être instaurée le plus tôt possible en impliquant les personnes ressources du patient. Le recours à l'hospitalisation doit être limité et structuré, ou avoir lieu dans des unités spécifiques lorsqu'elles existent. Les traitements pharmacologiques ne doivent être envisagés qu'à

visée adjuvante et utilisés avec parcimonie. Le cœur de la prise en charge réside dans le suivi ambulatoire et notamment dans un travail en psychothérapie structurée. La prise en charge ambulatoire doit s'articuler autour du suivi psychiatrique, de la psychothérapie structurée et des médiations thérapeutiques. Les soins doivent être soigneusement organisés via un plan de soin et la coordination des différents intervenants est indispensable.

PARTIE C. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TPB A L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM) DE CAEN

I. INTRODUCTION

Dans la partie précédente, nous avons mené une revue de la littérature concernant la prise en charge ambulatoire et hospitalière des patients souffrant de TPB. Nous avons notamment synthétisé les « guidelines » américaines, australiennes, anglaises et suisses. Cela a permis d'identifier les points essentiels à toute prise en charge de patient borderline afin de définir une grille d'évaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients borderlines à l'EPSM de Caen.

L'objectif de cette étude est d'observer si nos pratiques actuelles dans la prise en charge de patients souffrant de TPB sont conformes aux recommandations étrangères et de bonne pratique.

II. MATERIEL ET METHODE

1 SCHEMA DE L'ETUDE

C'est une évaluation des pratiques professionnelles en approche par comparaison à un référentiel (HAS, 2005). Cette étude est monocentrique (EPSM de Caen), épidémiologique en soins courants en psychiatrie, utilisant les données du dossier médical des patients, collectées rétrospectivement via une recherche informatisée réalisée par le département d'information médicale (DIM) et la lecture systématique des dossiers médicaux de la population incluse. Ces recherches ont été effectuées après avoir reçu l'accord de l'ensemble des médecins référents des patients inclus dans l'étude, et en respectant l'anonymat pour les dossiers recueillis.

2 POPULATION ETUDIEE

Les critères d'inclusion étaient initialement : sujet majeur tout au long de l'étude ayant présenté au moins une hospitalisation sur un service d'admission de l'EPSM sur la période s'étendant du 01/09/2018 au 01/09/2019, et porteur du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile F603. Devant l'importance de la population à étudier (142 sujets soit 300 séjours hospitaliers) avec une majorité de diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30 ou une fluctuation du diagnostic d'un séjour à l'autre, nous avons restreint la population aux patients porteurs du diagnostic spécifique de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline F60.31.

Les sujets mineurs, les sujets hospitalisés en service de moyens et longs séjours (hors hébergement faute de place sur un service d'admission) ou porteurs d'un diagnostic comorbide de trouble bipolaire (F31) ou de schizophrénie (F20) ont été exclus.

3 MESURES

La grille d'évaluation était répartie en plusieurs catégories :

- Les caractéristiques du patient, comprenant : le sexe, l'âge, les comorbidités psychiatriques, les antécédents psychiatriques, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie au cours de leur vie, le nombre de tentatives de suicide au cours de leur vie, la présence de comportements auto-mutilatoires ou de mises en danger répétées, l'existence d'antécédent de psychotraumatisme (physique, sexuel ou de nature indéterminé) et enfin l'ancienneté du diagnostic de TPB. Cette catégorie détaille également la situation sociale du patient : la présence d'un entourage familial ou amical, la désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir, l'existence d'un emploi ou d'une formation stable (c'est-à-dire durant plus de 6 mois), l'existence d'une mesure de protection, la perception de l'allocation adulte handicapé (AAH) et enfin l'existence d'un entretien ou d'un suivi avec une assistante sociale.

- Les caractéristiques de chacune des hospitalisations, chaque séjour étant étudié individuellement. Cette catégorie détaille : le nombre d'hospitalisations sur l'année, la durée en nombre de jours de chaque hospitalisation, le mode d'admission (adressé par un psychiatre, adressé par un autre médecin, adressé par les urgences, présentation spontanée, adressé par la détention, adressé par l'hôtel de police), le mode de sortie (sortie avec accord médical, sortie contre avis médical, fugue, transfert vers un autre centre de soins psychiatriques, transfert en addictologie, transfert vers un service de soins somatiques) et enfin les modalités d'hospitalisation (soins psychiatriques libres (SL), soins psychiatriques en péril imminent (SPI), soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou à la demande d'un tiers procédure d'urgence (SDT et SDT-u), soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état (SDRE)).

- Les caractéristiques de la prise en charge médicale détaillant : la présence d'un psychiatre référent désigné stable ainsi que d'un infirmier référent stable, la réévaluation régulière du risque suicidaire, l'annonce du diagnostic au patient et à ses proches, la réalisation d'un entretien familial, la mise en place de psychoéducation pour le patient et ses proches, la rédaction d'un « contrat de soin » à chaque nouvelle hospitalisation, la rédaction d'un plan de soin, le délai en nombre de jours avant le rendez-vous post-hospitalisation, le type de suivi (en CMP, en libéral, au SMPR (service médico-psychologique régional), en établissement spécialisé), la fréquence du suivi en nombre de rendez-vous par mois, la présence d'activités de médiation thérapeutiques durant les hospitalisations et en ambulatoire, l'existence d'un suivi en psychothérapie et la réalisation de la lettre de sortie.

- Les caractéristiques de la prise en charge pharmacologique. Cette grille recherche la présence et la durée de prescription des traitements suivants : neuroleptique sédatif, antipsychotique atypique, antiépileptique à visée thymorégulatrice, antidépresseur, benzodiazépine, antihistaminique, et hypnotique. Elle détaille également s'il existe des modes de délivrance sécurisée : délivrance fractionnée en officine ou délivrance infirmière.
  Nous avons également observé la qualité du suivi somatique et la surveillance du traitement pharmacologique. Cela a été évalué par : la réalisation d'un bilan

sanguin à l'admission comprenant les β-HCG (hormone chorionique gonadotrope humaine) pour les femmes en âge de procréer sans contraception, la vérification de l'existence d'un moyen de contraception pour les femmes en âge de procréer, la réalisation des soins d'entrée (constantes dont le périmètre abdominal, poids, taille et indice de masse corporel), la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), la réalisation d'une conciliation médicamenteuse à chaque hospitalisation et la surveillance de la tolérance clinique et biologique des traitements.

Les éléments de la grille étant très détaillés, l'extraction informatique des données n'a permis de répondre qu'aux éléments de sexe, d'âge, de nombre d'hospitalisations et de type d'hospitalisation. Le reste des éléments a dû être recherché par la lecture systématique des dossiers et implémenté dans la grille d'évaluation réalisée sur Excel.

III. RESULTATS

1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

L'extraction informatique réalisée par le service du DIM retrouvait initialement une population de 46 sujets. Deux d'entre eux ont été exclus car le diagnostic de trouble schizo-affectif a été posé en cours d'étude. Un patient est décédé par suicide sur la période étudiée mais sa prise en charge est restée incluse dans l'étude.

La population se compose donc de 44 sujets dont 31 femmes et 13 hommes, regroupant 108 séjours hospitaliers entre le 01/09/18 et le 01/09/19.

L'âge moyen est de 29.8 ans, 16 patients ayant entre 18 et 24 ans, 16 entre 25 et 30 ans, 4 entre 31 et 40 ans et 8 ayant plus de 40 ans (voir figure 9). La population incluse est donc une population essentiellement de jeunes adultes avec un diagnostic de TPB récent puisque 93% de population (soit 41 des patients) ont un TPB évoluant depuis moins de 6 ans (voir figure 10). Le nombre moyen d'hospitalisations par patient tout au long de sa vie est de 10.4 avec une médiane à 4 hospitalisations (voir figure 11). Malgré une durée d'évolution de la maladie majoritairement courte, le nombre de TS par patient tout au long de sa vie est élevé. Ainsi 77.3% des patients (soit 34

patients) ont un antécédent de TS et 45.5% des patients (soit 20 patients) ont fait plus de 10 TS au cours de leur vie (voir figure 12 et 13). De la même manière, 38.6% des patients (soit 17 patients) présentent des comportements auto-mutilatoires et 20.5% (soit 9 patients) des mises en danger répétées (conduite automobile dangereuse, conduites sexuelles à risque etc) (voir figure 13). Néanmoins le nombre de TS sur l'année reste relativement faible au regard du nombre de séjours puisque la moyenne de passage à l'acte suicidaire est de 0.89 TS par an par patient avec une médiane à 0 ; la répartition du nombre de TS sur l'année par patient est détaillée dans la figure 14.

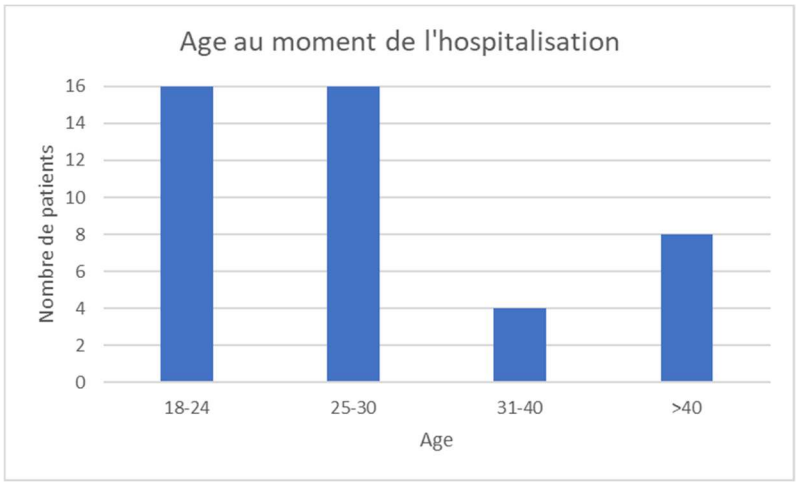


Figure 9 : Répartition de la population en fonction de l'âge.

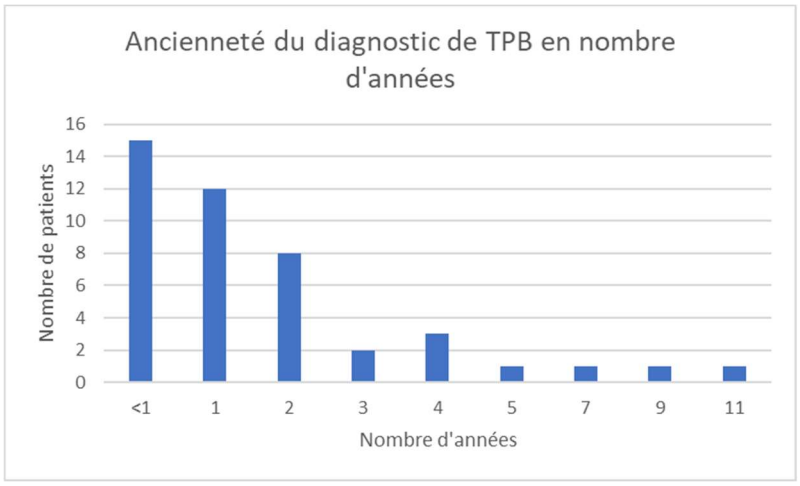


Figure 10 : Ancienneté du diagnostic de TPB en nombre d'années.

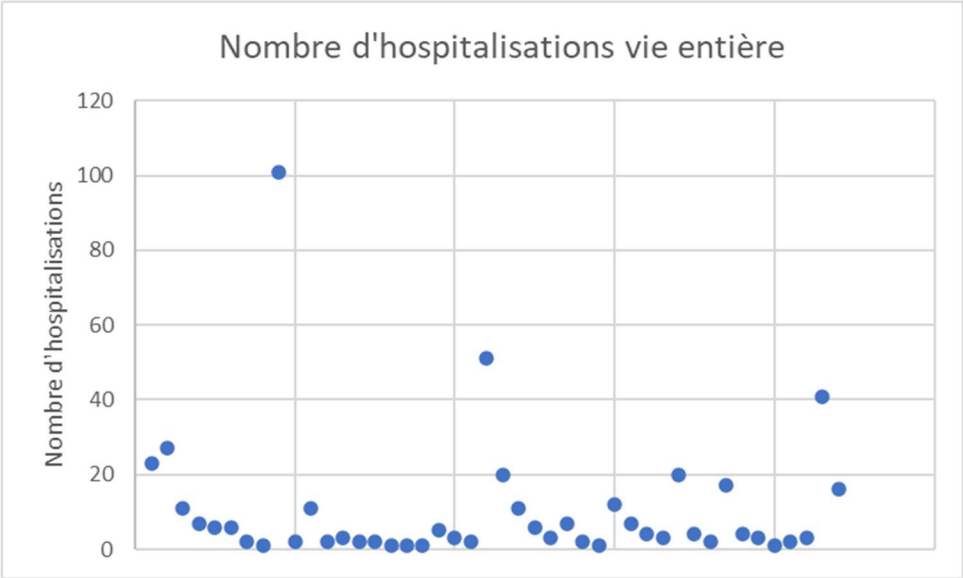


Figure 11 : Nombre total d'hospitalisations pour chacun des patients au cours de sa vie

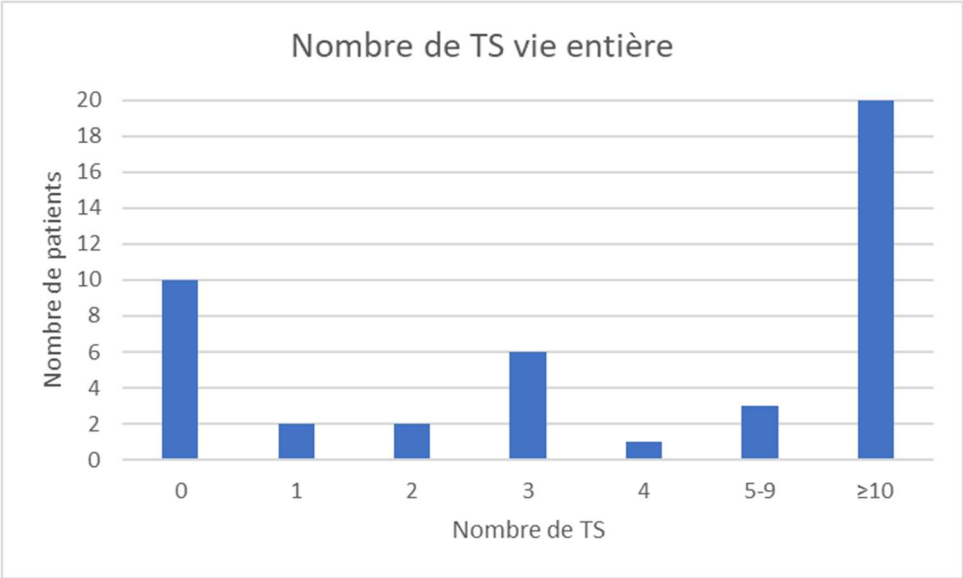


Figure 12 : Nombre total de TS pour chacun des patients au cours de sa vie

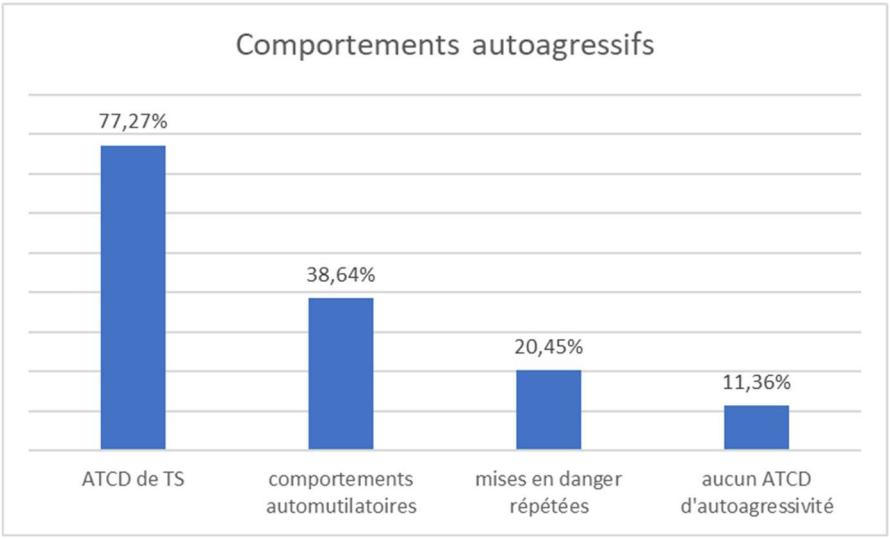


Figure 13 : Répartition des différents types de comportements auto-agressifs au sein de la population incluse.

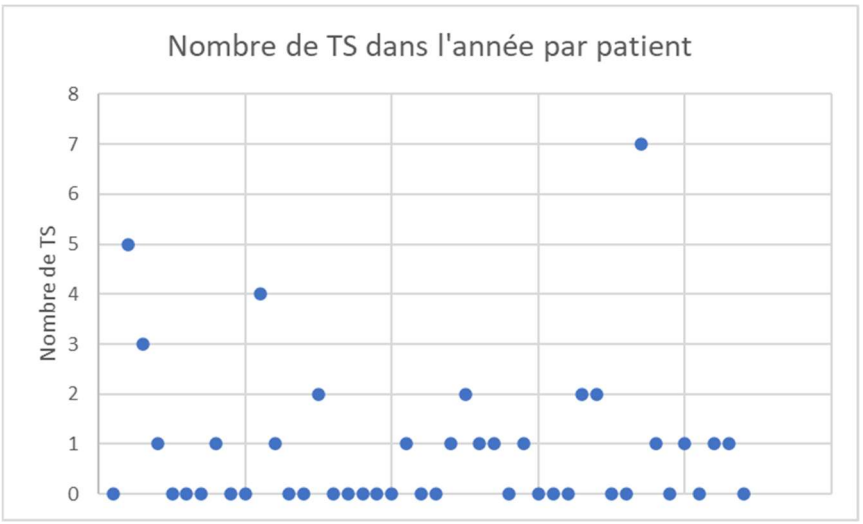
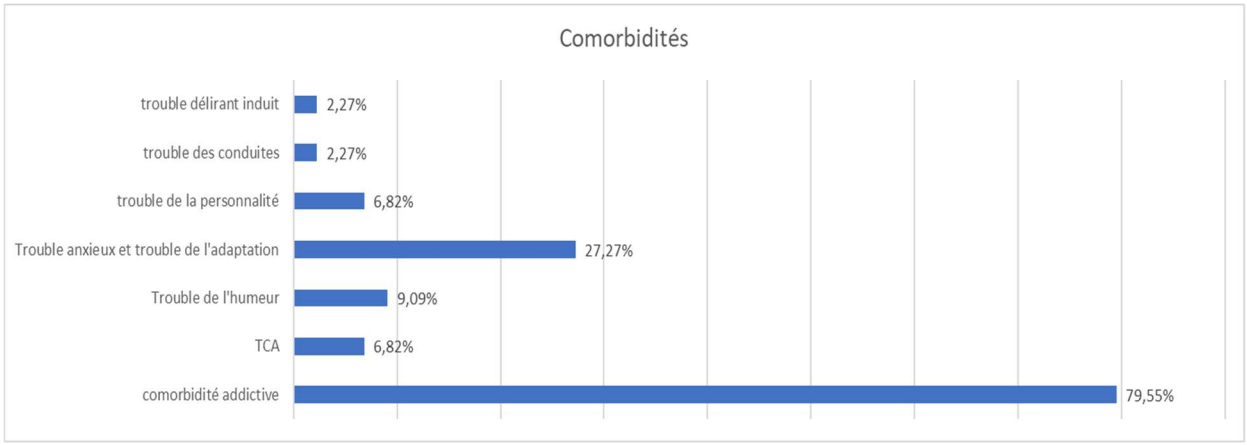


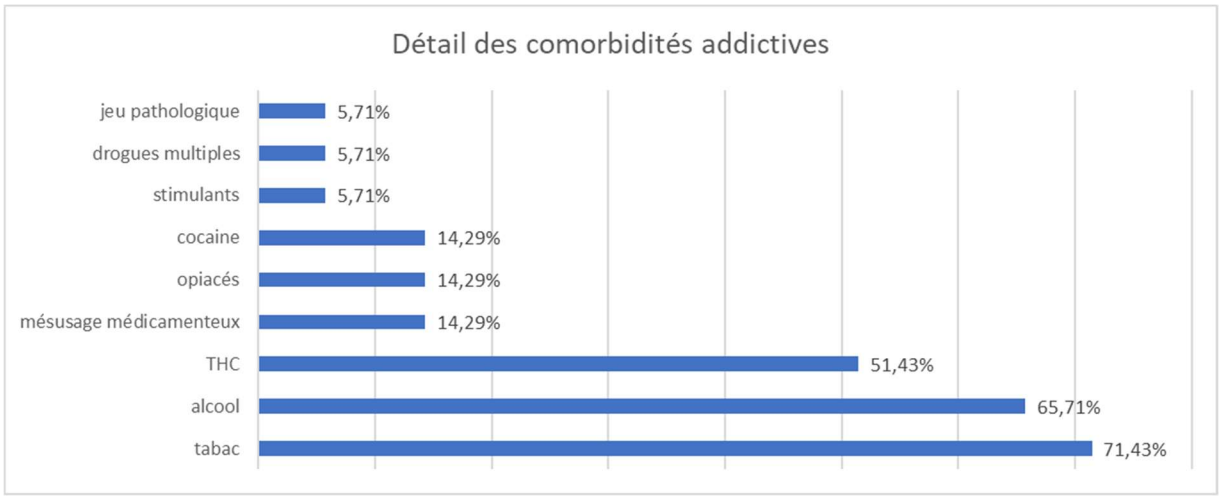
Figure 14 : Nombre de TS dans l'année pour chacun des patients

On retrouve une addiction comorbide dans près de 80% des cas (soit 35 patients), le trouble de l'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis étant majoritaires (voir figure 16). Il existe un trouble anxieux et apparenté chez 27.3% des patients (soit 12 patients) réparti en : trouble de l'adaptation et réaction aiguë à un facteur de stress (66.7% d'entre eux), trouble panique (25% d'entre eux) et trouble anxieux phobique (8.3% d'entre eux) (voir figure 17). Un trouble de l'humeur (hors trouble bipolaire) est présent chez 9.1% des patients (soit 4 patients), un autre trouble de la personnalité associé chez 6.8% (soit 3 patients), un trouble délirant induit chez 2.3% (soit 1 patient)

et un trouble des conduites chez 2.3% (soit 1 patient) (voir figure 15). Il existe une pathologie psychiatrique comorbide chez 35 patients sur les 44 inclus (soit 79.5% de la population).



<u>Figure 15</u> : Part des comorbidités psychiatriques et addictologiques de la population incluse.



<u>Figure 16</u> : Proportion pour chaque type de conduite addictive au sein de la population présentant une comorbidité addictive

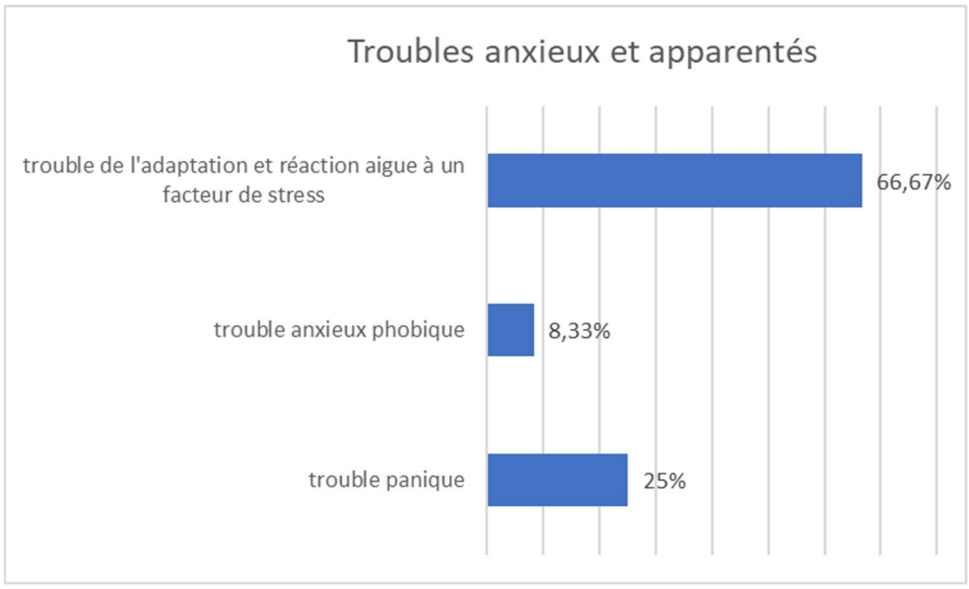


Figure 17 : Part des sous-catégories de troubles anxieux au sein de la population présentant un trouble anxieux ou apparenté comorbide

Seuls 25% des dossiers de patients rapportent la présence d'antécédent psychiatrique ou addictologique. Les antécédents retrouvés sont : un TCA chez 13.6% des patients (soit 6 patients), un trouble de l'adaptation ou réaction aiguë à un facteur de stress chez 6.8% des patients (soit 3 patients), un trouble anxieux chez 4.5% des patients (soit 2 patients), une addiction chez 4.5% des patients (soit 2 patients), un retard mental léger, un trouble des conduites, une personnalité dépendante, un épisode dépressif caractérisé ou un TOC respectivement chez 2.27% des patients (soit 1 patient) (voir figure 18). Concernant les antécédents de psychotraumatisme : 73% des dossiers (soit 32 patients) retrouvent un antécédent de psychotraumatisme qu'il soit d'ordre physique (9%), sexuel (28%), physique et sexuel (9%) ou indéterminé (27%) (voir figure 19).

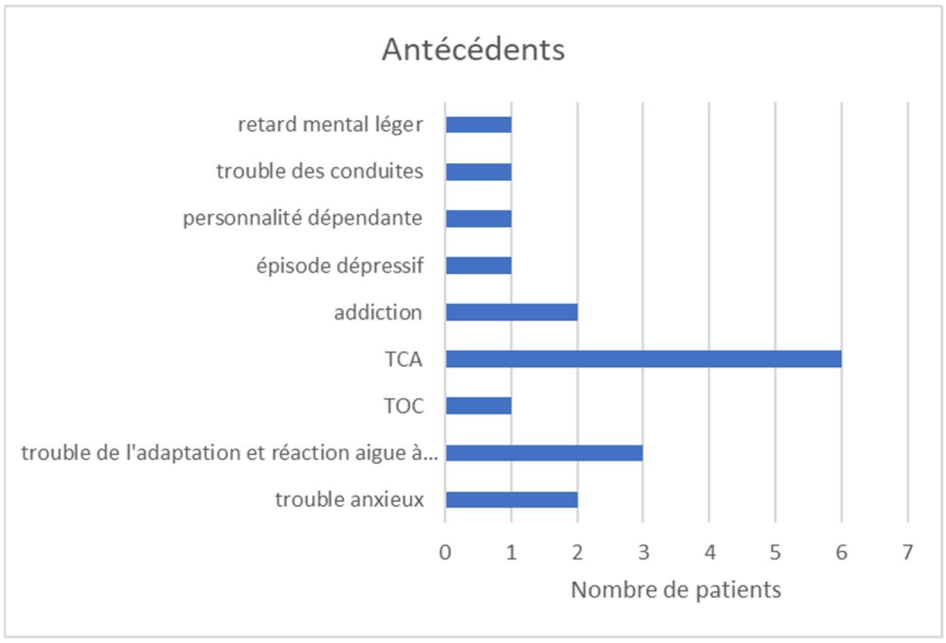


Figure 18 : Antécédents psychiatriques et addictologiques de la population incluse.

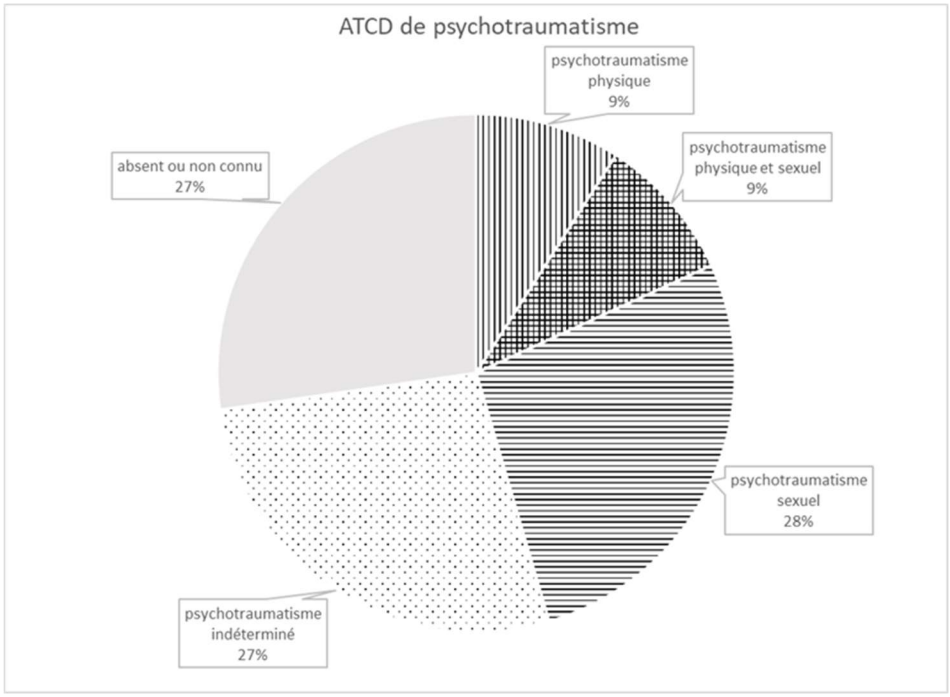


Figure 19 : Antécédent de psychotraumatisme en pourcentage de patients concernés

Le degré de présence d'un étayage familial et amical, recueilli en entretien ouvert d'admission, est synthétisé dans la figure 20. On constate que 48.2% des patients inclus (soit 21 patients) ont un entourage familial faible ou absent, et 50% (soit

22 patients) ont un entourage amical faible ou absent. Dans 63.6% des dossiers (soit 28 patients), on ne retrouve pas de personne de confiance ou de personne à prévenir désignée. Seuls 27.3% des patients (soit 12 patients) ont un emploi ou une formation stable (c'est-à-dire d'une durée de plus de 6 mois), 20.5% des patients (soit 9 patients) perçoivent l'AAH au titre de leur pathologie psychiatrique et 13.6% (soit 6 patients) ont une mesure de protection. Concernant l'accompagnement social, 45.5% des patients (soit 20 patients) en bénéficient (voir figure 21).

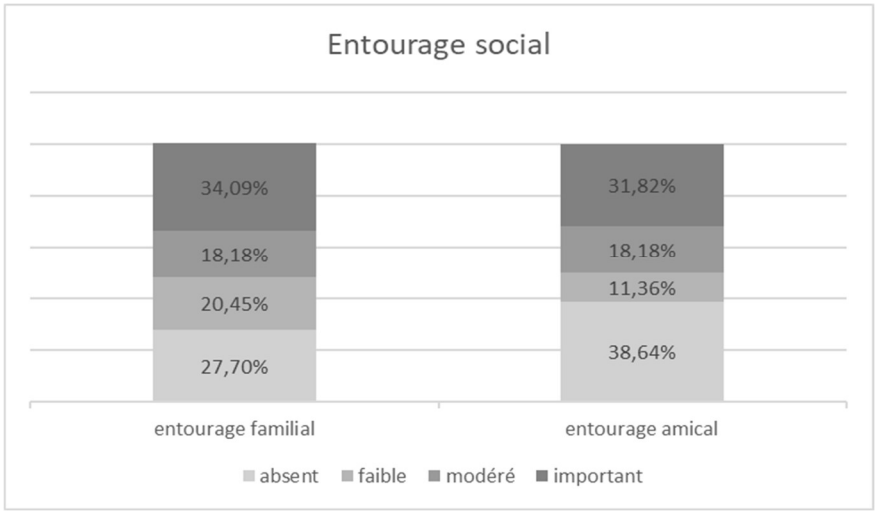


Figure 20 : Hétéroévaluation de l'entourage social recueilli lors de l'entretien d'admission

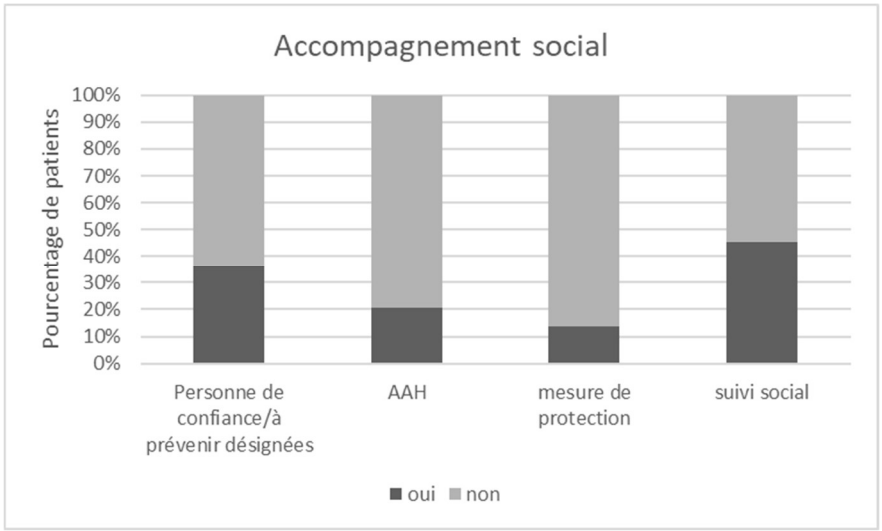


Figure 21 : Proportion de bénéficiaires par type d'accompagnement social

2 CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS

L'étude retrouve un total de 108 hospitalisations avec une moyenne de 3.38 hospitalisations par patient sur l'année observée et une médiane de 1 hospitalisation par patient sur l'année (voir figure 22). La durée moyenne de séjour est de 11.4 jours et la durée médiane est de 8 jours. Cependant on note une répartition très variable des durées de séjour avec de nombreuses hospitalisations de quelques jours et quelques séjours de plus d'un mois (voir figure 23).

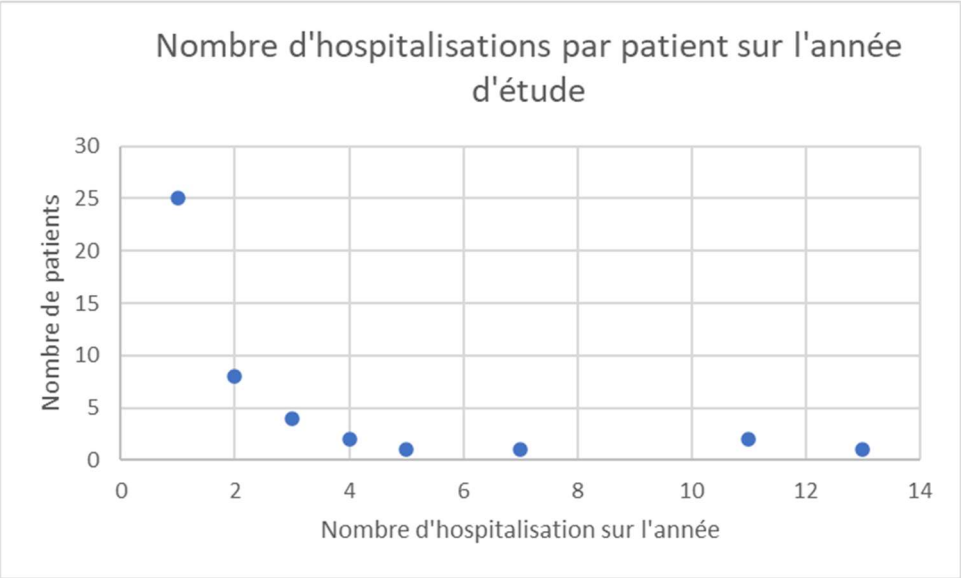


Figure 22 : Fréquence de recours à l'hospitalisation en fonction du nombre d'hospitalisations sur l'année d'étude

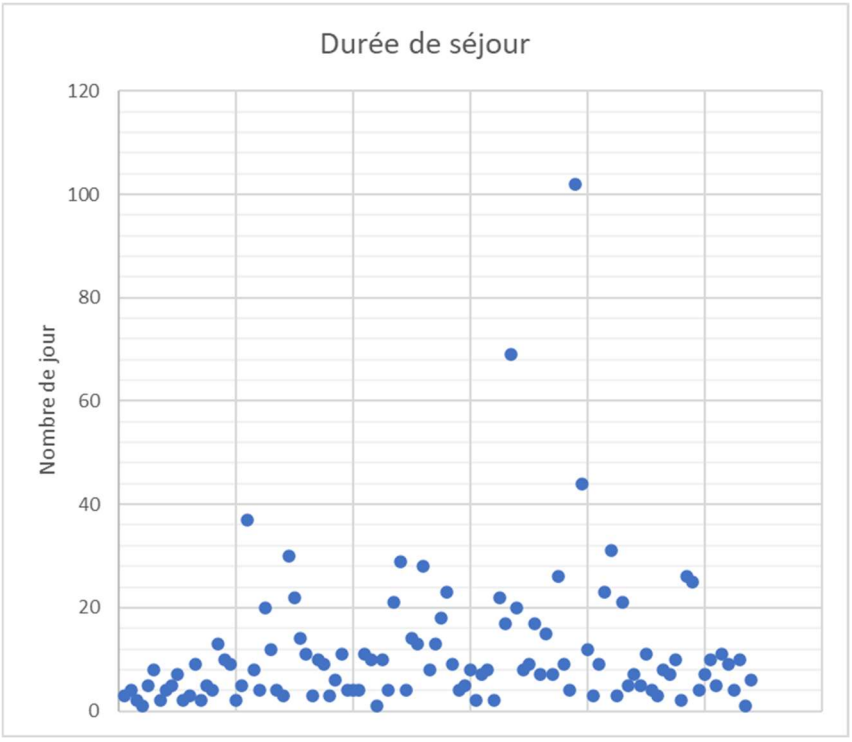


Figure 23 : Durée de chacun des séjours hospitaliers, en nombre de jours.

Concernant les modes d'admission, 67% des hospitalisations (soit 72 hospitalisations) sont adressées par un service d'urgence, 16% (soit 17 hospitalisations) découlent d'une présentation spontanée sur l'établissement et 11% des hospitalisations (soit 12 hospitalisations) font suite à une consultation avec le psychiatre référent. Une proportion de 5% des hospitalisations (soit 5 hospitalisations) sont adressées par un médecin non psychiatre (médecin traitant ou SOS-médecin) et enfin 1% (soit 1 hospitalisation) est adressée par le service de détention (voir figure 24).

Les hospitalisations en SL représentent 90% des hospitalisations (soit 97 hospitalisations), les hospitalisations en SPI 4% (soit 4 hospitalisations) et les hospitalisations en SDRE (patients détenus) 4% (soit 4 hospitalisations) (voir figure 25).

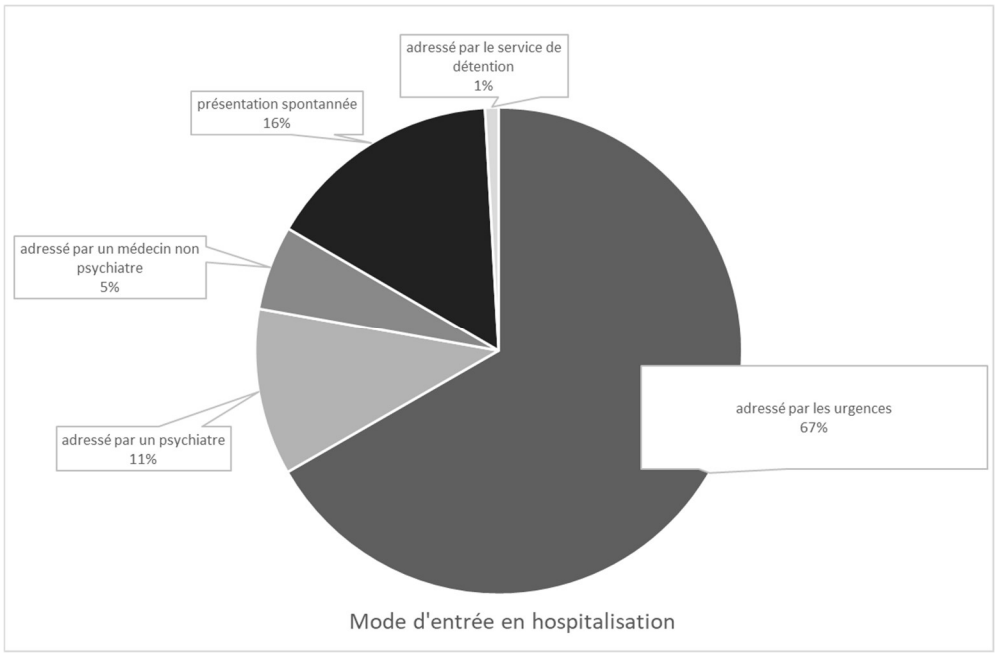


Figure 24 : Mode d'admission.

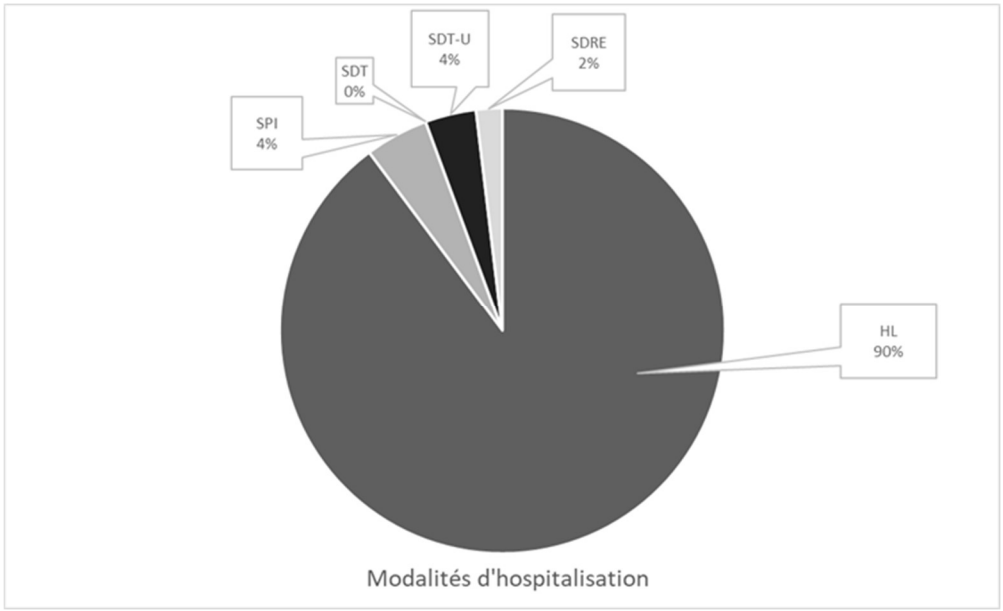


Figure 25 : Proportion des hospitalisations libres (HL), des soins en péril imminent (SPI), des soins à la demande d'un tiers (SDT), des soins à la demande d'un tiers en procédure d'urgence (SDT-u) et des soins sur décision d'un représentant de l'état (SDRE)

Dans 85% des cas (soit 92 hospitalisations) la sortie se fait avec accord médical, 6% contre avis médical (7 hospitalisations), 5% suite à une fugue du patient (5 hospitalisations), 3% en sortie disciplinaire (3 hospitalisations) et 1% suite à un transfert en addictologie (1 hospitalisation) (voir figure 26).

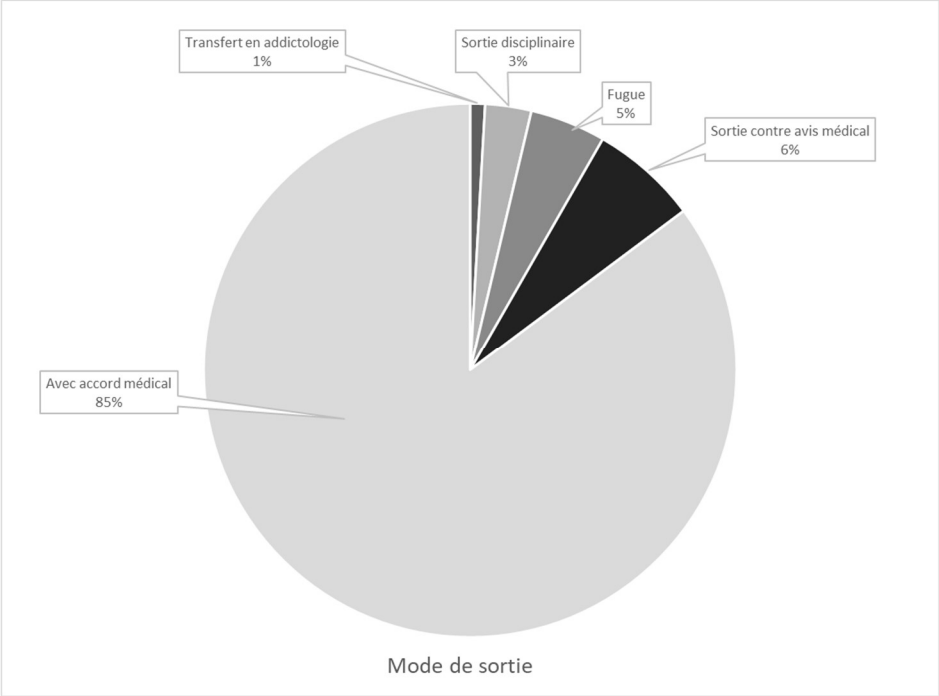


Figure 26 : Mode de sortie.

3 PRISE EN CHARGE MEDICALE

Dans 86% des cas on retrouve un psychiatre référent stable ; cette référence est plus instable pour la prise en charge ambulatoire infirmière comme décrit dans la figure 27 : Une proportion de 44% des suivis infirmiers sont faits par des infirmiers non référents du patient. Concernant les prises en charge par l'équipe mobile (3%), il est important de noter que seuls certains secteurs de l'établissement en sont pourvus sur la période d'inclusion de l'étude.

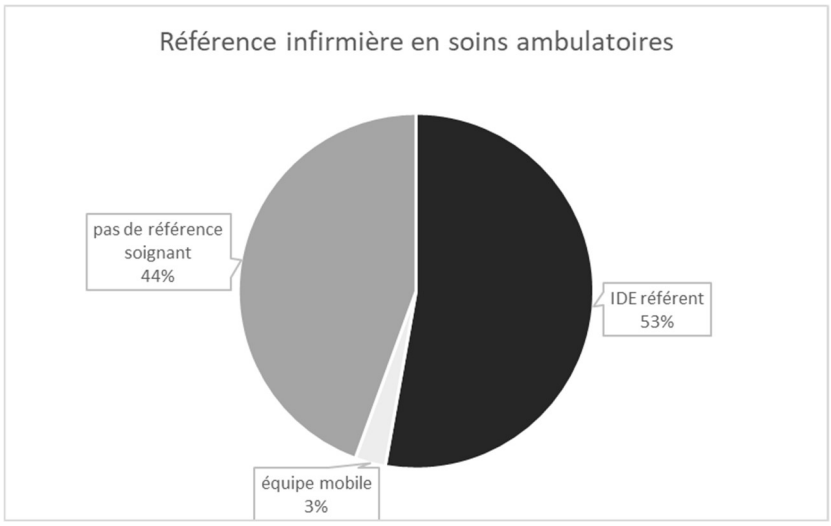


Figure 27 : Présence de référence infirmière en soins ambulatoires en pourcentage de patients

L'annonce du diagnostic au patient est tracée dans le dossier médical dans 30% des cas, et à leurs proches dans 19.4%. On constate que le patient bénéficie d'une psychoéducation dans 25.6% des cas et ses proches dans 13% des cas. La trace d'un entretien familial est retrouvée dans 29.6% des situations. Le « plan de soin » quant à lui n'est retrouvé que dans 0.9% des situations et on retrouve un « contrat d'hospitalisation » dans 11% des séjours.

En termes de gestion du risque suicidaire, l'évaluation du risque suicidaire est faite de manière régulière dans 91% des cas, en cumulant suivi en intra-hospitalier et suivi ambulatoire. Concernant le délai avant premier rendez-vous post-hospitalisation, sur les 108 séjours hospitaliers, 18 n'ont pas pu être étudiés pour ce critère car la date de rendez-vous n'était pas enregistrée dans le logiciel ni noté dans le courrier de sortie. Sur les 90 séjours restants, on retrouve un délai moyen de 4.5 jours avant rendez-vous post-hospitalisation et une médiane à 3.5 jours (voir figure 28).

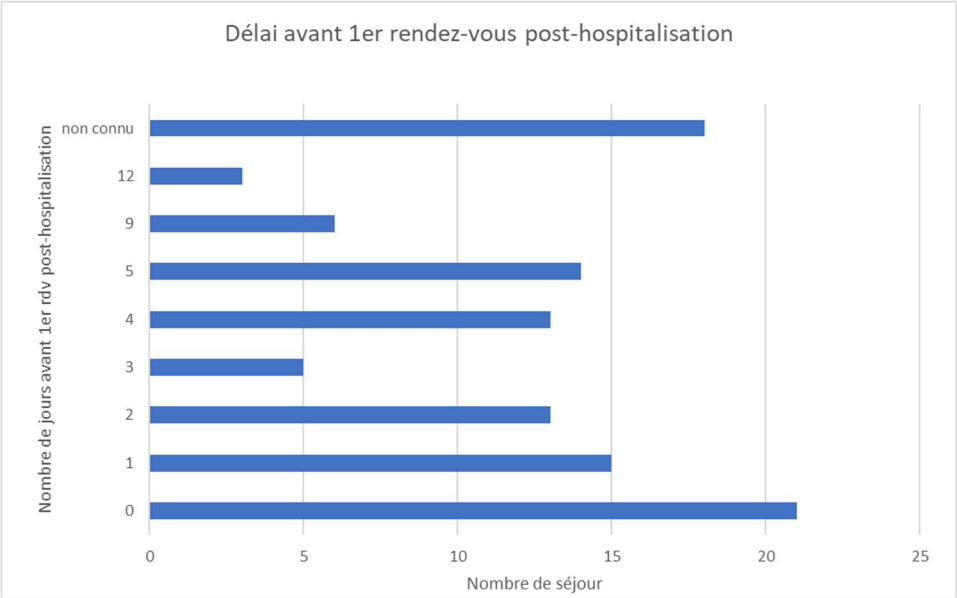


Figure 28 : Délai en nombre de jours avant le premier rendez-vous post-hospitalisation pour chacun des séjours.

71% des patients (soit 31 des patients) sont suivis en CMP, 11% (soit 5 patients) en cabinet libéral, 2% (soit 1 patient) au SMPR, 2% (soit 1 patient) en établissement spécialisé et 14 % (soit 6 patients) sont sans suivi (voir figure 29).

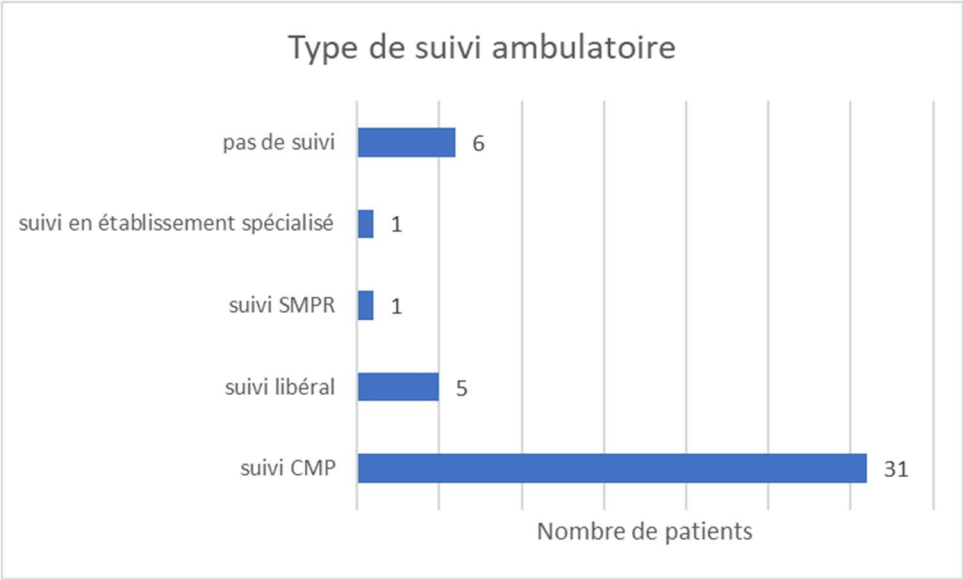


Figure 29 : Type de suivi ambulatoire par patient

La fréquence de suivi n'est connue que pour les patients suivis en CMP ou en SMPR. Pour ces 32 patients, la fréquence moyenne est de 2.1 consultations par mois (incluant les suivis médicaux, infirmiers et psychologiques) avec une médiane à 2 (voir figure 30). On constate que 8 patients ont une fréquence de zéro rendez-vous par mois, ce qui correspond à des rendez-vous non honorés et des ruptures de suivi.

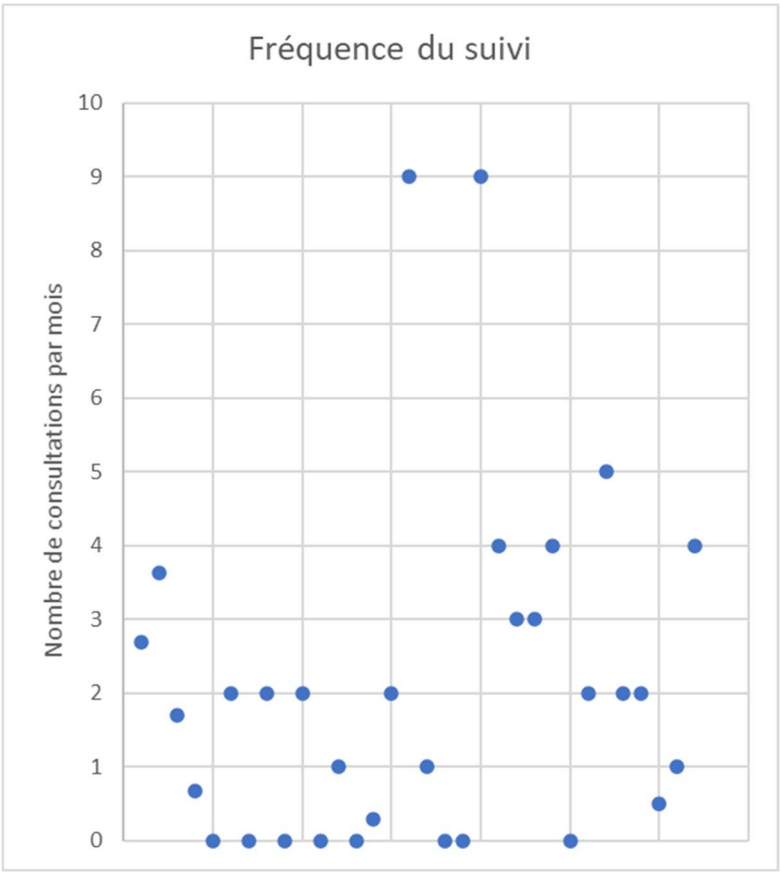


Figure 30 : Fréquence du suivi en nombre de consultations par mois pour chacun des patients

Dans leur prise en charge, seuls 13% des patients (soit 6 patients) bénéficient d'activités thérapeutiques durant leur hospitalisation, et 23% (soit 10 patients) en suivi ambulatoire.

Concernant la psychothérapie, 37% des patients inclus (soit 16 patients) ont un suivi psychologique, 2% (soit 1 patient) sont en attente de suivi, laissant 62% des patients (soit 27 patients) sans suivi psychologique.

Une lettre de sortie est réalisée dans 84% des hospitalisations.

4 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE

Le recueil de données sur les traitements pharmacologiques a été fait par lecture et comptage systématique des prescriptions en intra-hospitalier et en ambulatoire. Pour certains patients, la durée n'a pas pu être retrouvée du fait de prescriptions non informatisées exceptionnelles, sans notification des prescriptions retrouvée à la lecture des comptes-rendus des entretiens médicaux.

On constate que 68% des patients (soit 30 patients) ont reçu des neuroleptiques sédatifs pendant une durée moyenne de 136.2 jours sur les 365 jours de l'étude avec une médiane à 41 jours (voir figure 31). Parmi ces 30 patients, 67% des patients (soit 20 patients) ont reçu de la CYAMEMAZINE, 23% (soit 7 patients) de la LOXAPINE et 10% (soit 3 patients) du ZUCLOPENTHIXOL (voir figure 32).

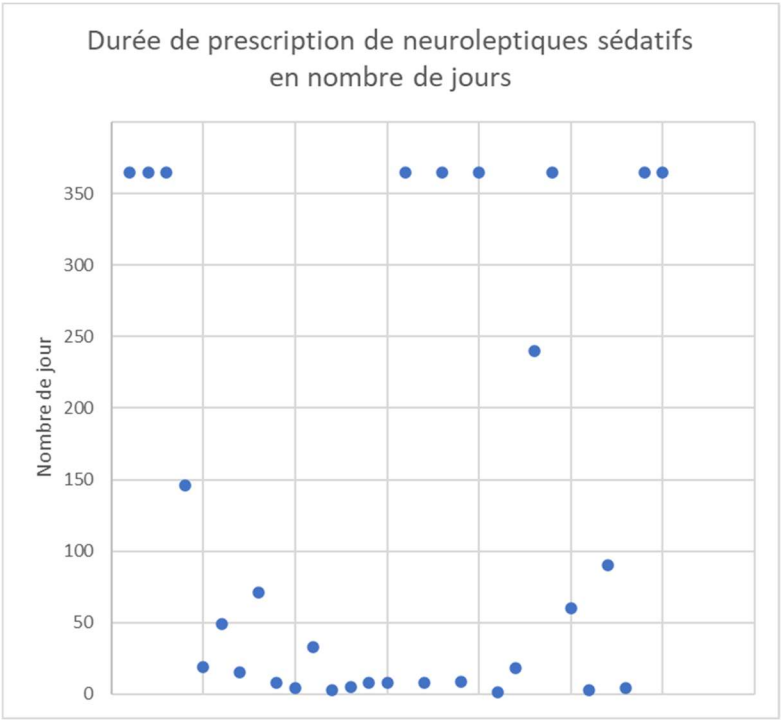


Figure 31 : Durée de prescription de neuroleptiques sédatifs en nombre de jours par an pour chacun des patients

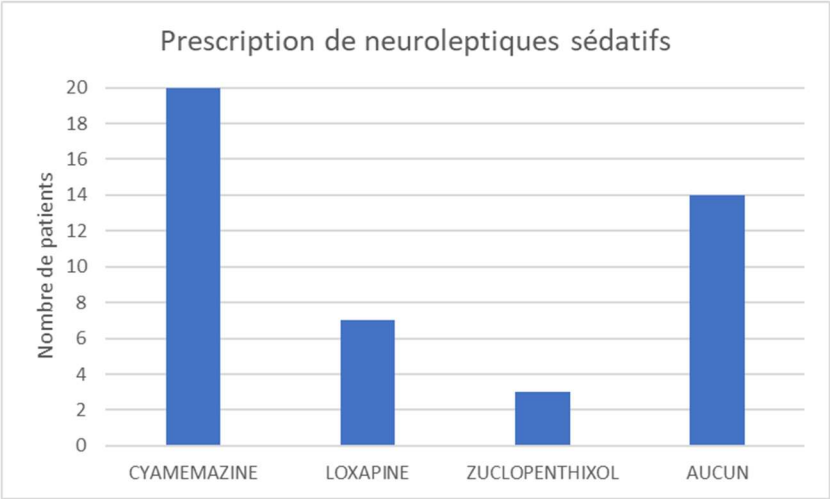


Figure 32 : Proportion de prescription de neuroleptiques sédatifs

Concernant les antipsychotiques atypiques, 45.5% des patients (soit 20 patients) en ont reçu : 11% (soit 5 patients) de l'ARIPIPRAZOLE, 11% (soit 5 patients) de l'OLANZAPINE, 9% (soit 4 patients) de la QUETIAPINE, 7% (soit 3 patients) de la RISPERIDONE et 7% (soit 3 patients) de la PALIPERIDONE (voir figure 33). La durée de prescription sur l'année d'étude n'était pas connue pour 7 d'entre eux. Pour les patients restant, la durée moyenne de prescription est de 267.8 jours sur l'année d'étude avec une médiane à 365 jours (voir figure 34). Lors de prescription conjointe d'antipsychotique atypique et d'antidépresseur, le recueil de donnée n'a pas permis de savoir si la prescription d'antipsychotique atypique était à visée potentialisatrice du traitement antidépresseur.

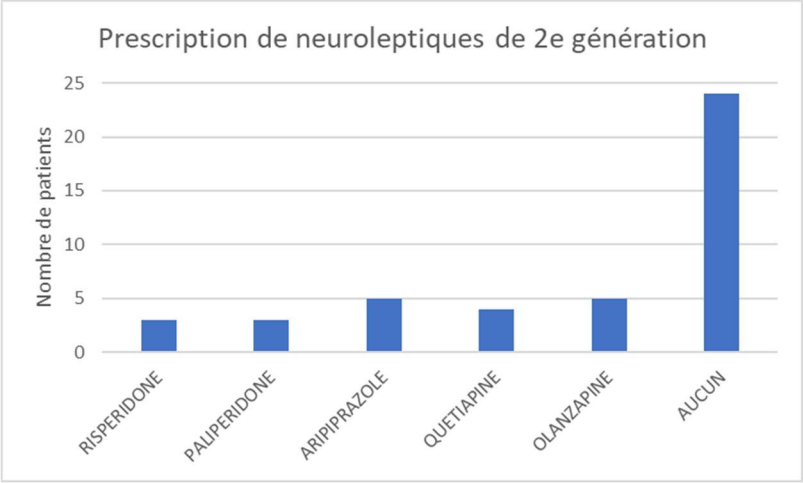


Figure 33 : Proportion et types de neuroleptiques de 2e génération prescrits

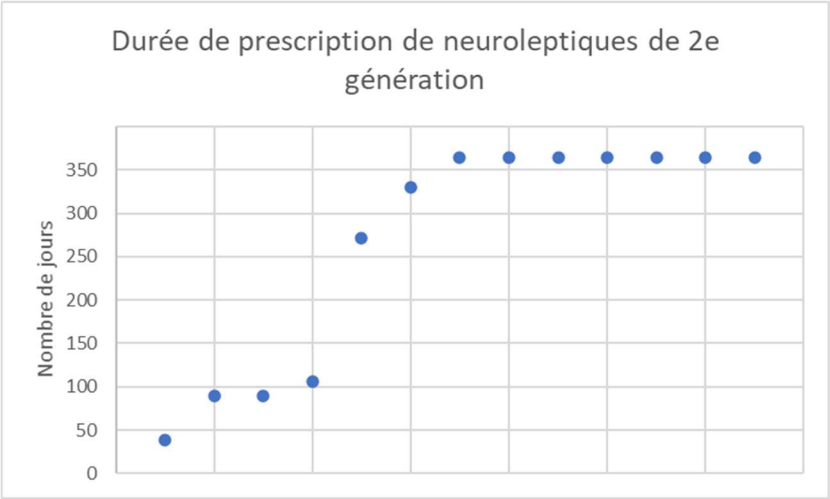


Figure 34 : Durée de prescription de neuroleptiques de 2e génération en nombre de jours par an pour chacun des patients

Une proportion de 9% des patients (soit 4 patients) ont reçu des antiépileptiques à visée psychiatrique : 5% (soit 2 patients) du VALPROMIDE, 2% (soit 1 patient) de la LAMOTRIGINE, 2% (soit 1 patient) de la CARBAMAZEPINE et 2% (soit 1 patient) du DIVALPROATE DE SODIUM (voir figure 35). Un patient a changé de molécule au cours de l'année. La durée moyenne de prescription est de 73 jours sur l'année d'étude avec une médiane à 47 jours (voir figure 36).

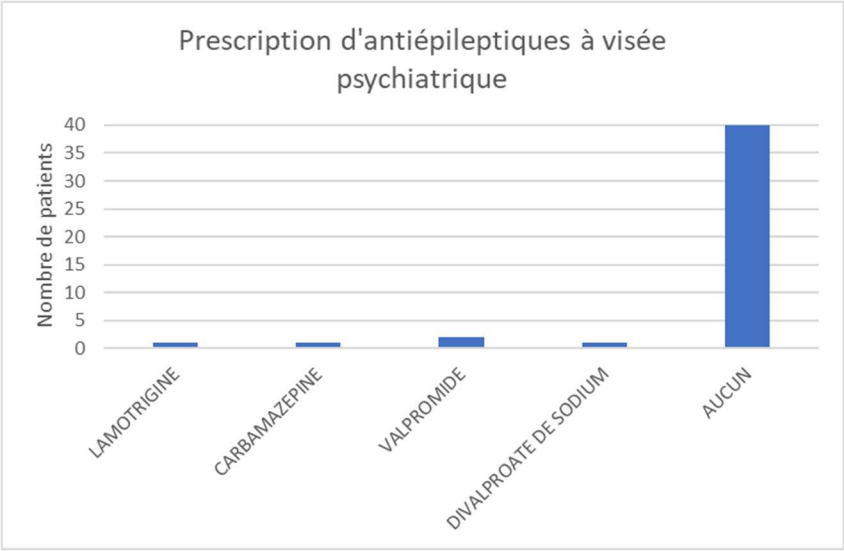
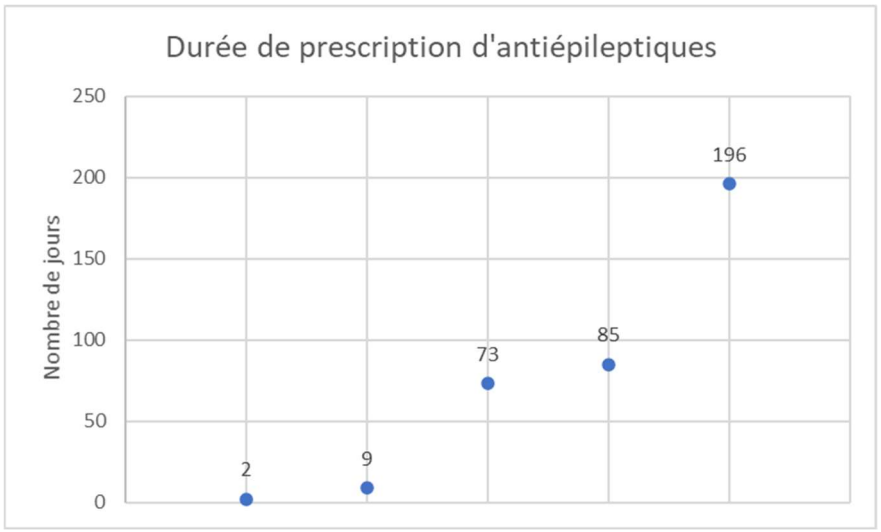


Figure 35 : Proportion d'antiépileptiques prescrits



<u>Figure 36</u> : Durée de prescription d'antiépileptiques en nombre de jours par an pour chacun des patients

L'étude rapporte que 57% des patients (soit 25 patients) ont reçu un traitement anti-dépresseur, l'un d'entre eux a connu un switch au cours de l'année d'étude (voir figure 37). Les ISRS sont les plus fréquemment retrouvés avec 23% des patients (soit 10 patients) traités par PAROXETINE, 14% (soit 6 patients) par SERTRALINE, 5% (soit 2 patients) par FLUOXETINE et 2% (soit 1 patient) par ESCITALOPRAM. Puis viennent les IRSNa (inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) avec 7% des patients (soit 3 patients) traités par VENLAFAXINE et 2% (soit 1 patient) par DULOXETINE. Puis les antagonistes alpha 2 avec 2% des patients (soit 1 patient) traités par MIRTAZAPINE et 2% (soit 1 patient) par MIANSERINE. On retrouve enfin 2% des patients (soit 1 patient) traités par imipraminique, sous CLOMIPRAMINE. La durée moyenne de prescription est de 154.4 jours sur l'année d'étude et la médiane de 120 jours. Pour un patient traité par VENLAFAXINE, la durée de traitement n'était pas connue (voir figure 38). Il est important de noter que 32% des patients traités par antidépresseur (soit 8 patients) ont une comorbidité psychiatrique renseignée avec indication de traitement antidépresseur.

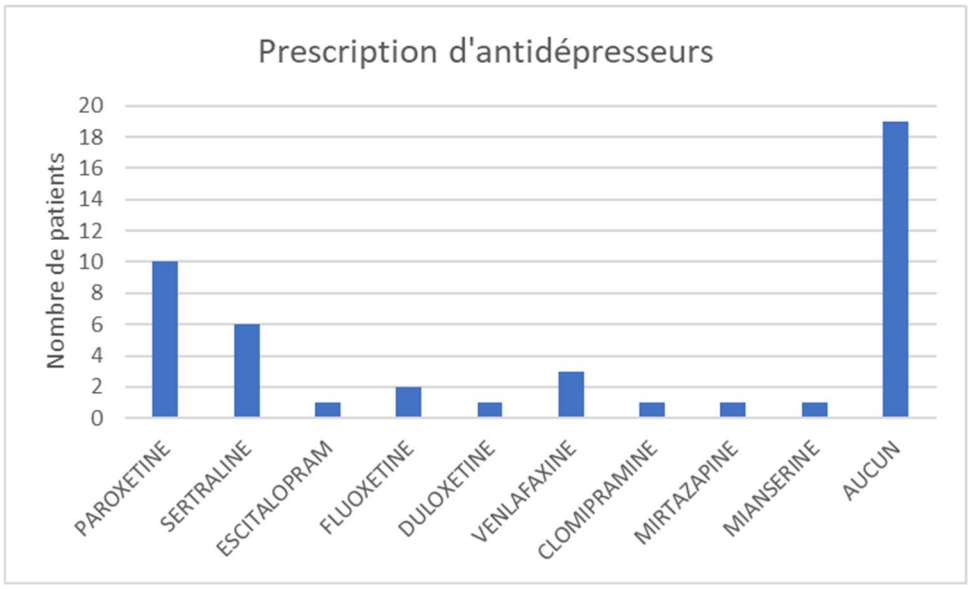


Figure 37 : Proportion d'antidépresseurs prescrits par molécule

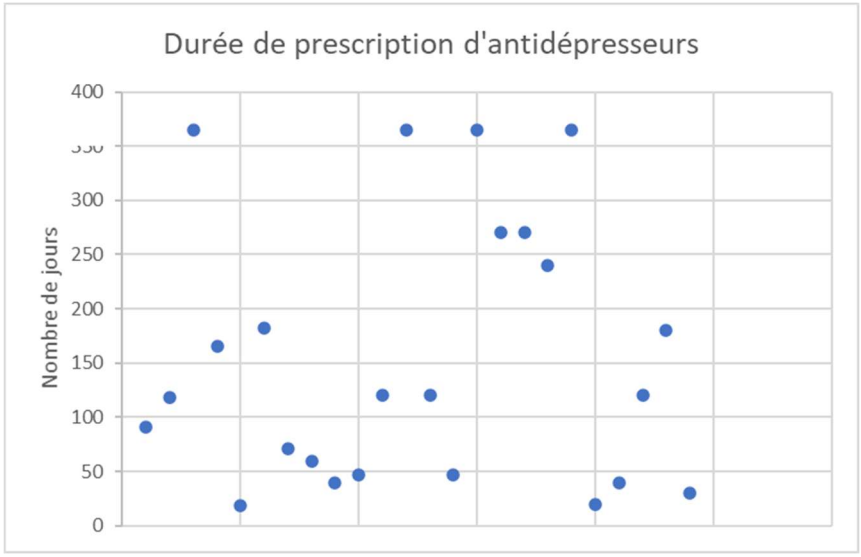


Figure 38 : Durée de prescription d'antidépresseurs en nombre de jour par an pour chacun des patients

Concernant les benzodiazépines, 79.5% des patients (soit 35 patients) en ont reçu pour une durée moyenne de 111.9 jours sur les 365 jours de l'étude avec une médiane à 65 jours (voir figure 39).

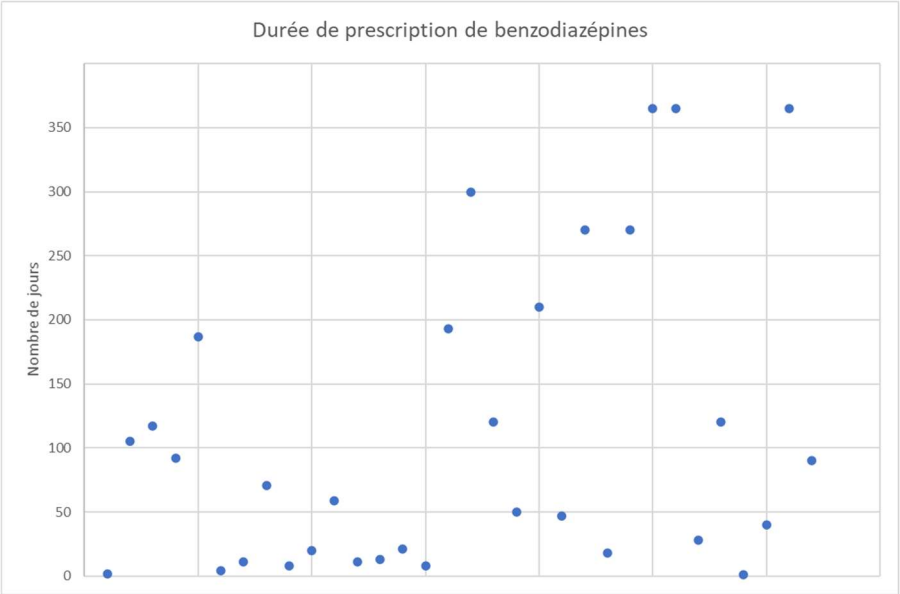


Figure 39 : Durée de prescription de benzodiazépines en nombre de jours par an pour chacun des patients

On retrouve que 41% des patients (soit 18 patients) ont reçu des antihistaminiques (HYDROXYZINE ou ALIMEMAZINE) pour une durée moyenne de 153 jours sur l'année d'étude avec une médiane à 73 jours (voir figure 40).

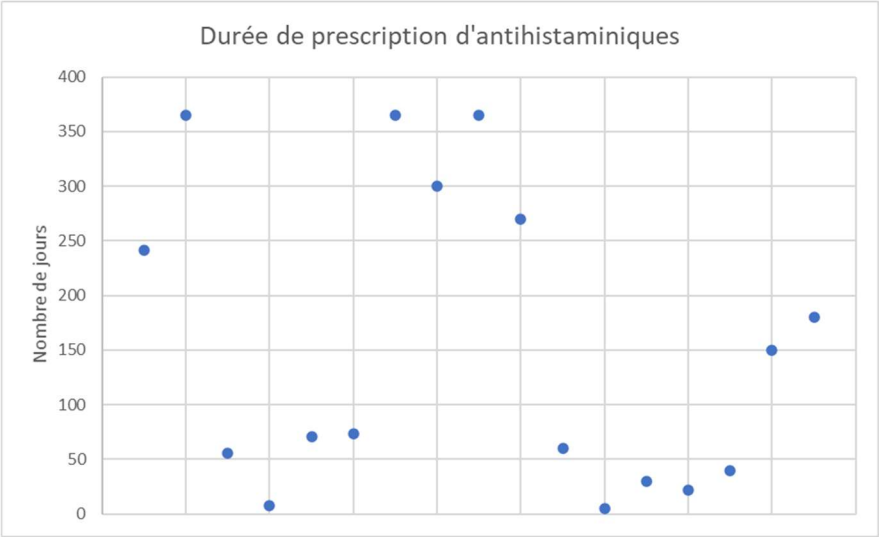


Figure 40 : Durée de prescription d'antihistaminiques en nombre de jours par an pour chacun des patients

On constate que 54.5% des patients (soit 24 patients) ont reçu un traitement hypnotique apparenté aux benzodiazépines (ZOPICLONE ou ZOLPIDEM) avec une

durée moyenne de traitement de 88.8 jours sur l'année d'étude et une médiane de 58.5 jours (voir figure 41).

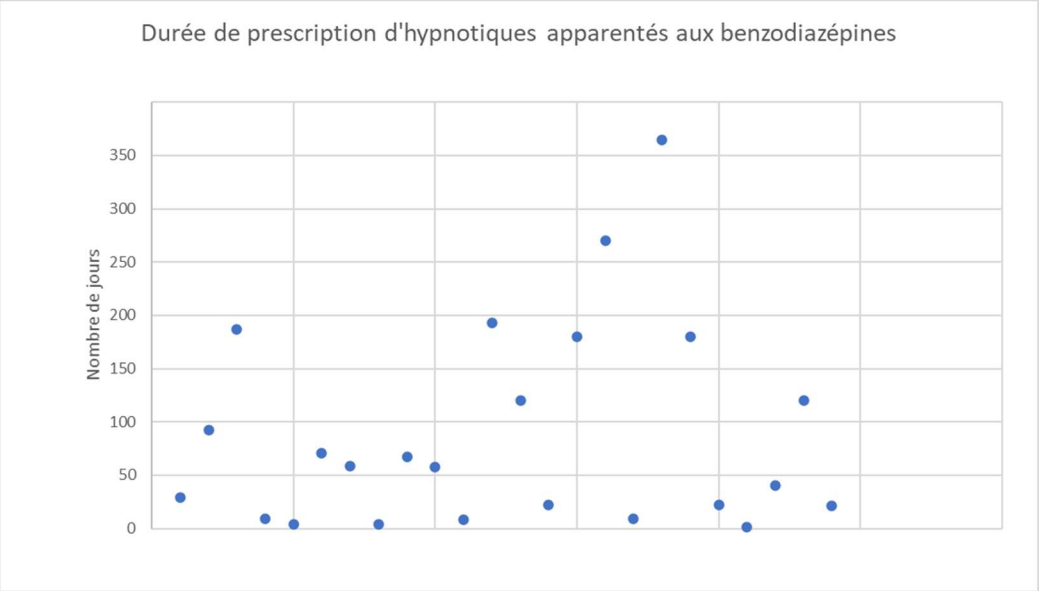


Figure 41 : Durée de prescription d'hypnotiques apparentés aux benzodiazépines en nombre de jours par an pour chacun des patients

Seuls 15.9% des patients (soit 7 patients) sont en délivrance sécurisée : 6 d'entre eux sont en délivrance infirmière et 1 en délivrance fractionnée en officine.

Concernant la surveillance pharmacologique : par séjour, une conciliation médicamenteuse est réalisée dans 46% des cas, avec une médiane à 37%. Un bilan sanguin à l'admission est effectué chez 71% des patients et un ECG chez 61% des patients. Il n'a jamais été retrouvé de soins d'entrée complets c'est-à-dire incluant les constantes, le poids, la taille et le périmètre ombilicale (voir figure 42). La surveillance clinique de la tolérance des traitements est faite dans 34% des hospitalisations. La surveillance biologique quant à elle est faite dans 57% des hospitalisations. Cependant, seulement 20% des femmes en âge de procréer sans moyen de contraception ont une recherche de β-HCG. Chez les femmes en âge de procréer 37% ont une méthode de contraception renseignée.

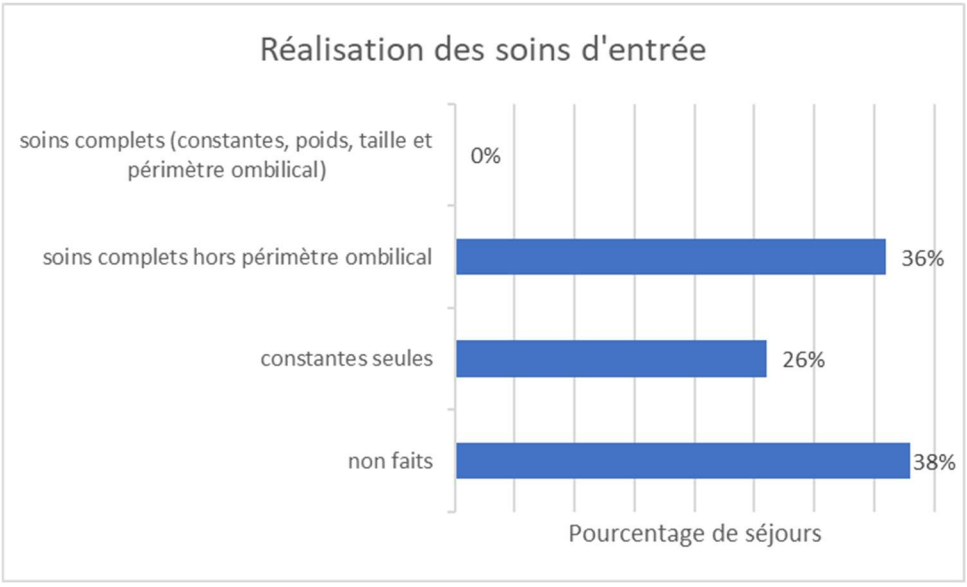


Figure 42 : Réalisation des soins d'entrée en pourcentage de séjours.

IV. DISCUSSION

1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La population incluse comprend 70.5% de femmes, soit un sex ratio d'environ 3 femmes pour 1 homme, ce qui correspond aux chiffres en population clinique rapportés par Lieb et coll en 2004 (Lieb et al., 2004), et décrits dans le DSM-5 (Crocq et al., 2015). Une proportion de 72.7% de la population a un âge inférieur ou égal à 30 ans, avec une ancienneté de diagnostic de moins de 6 ans pour 93% de la population. Ces chiffres sont en accord avec le constat que l'expression aiguë du TPB, qui est dominée par les symptômes impulsifs à l'origine d'hospitalisations (passages à l'acte suicidaires ou para-suicidaires et troubles du comportement), est au début de l'évolution de la maladie, chez le jeune adulte (Bourvis et al., 2017; Zanarini et al., 2003).

Une des problématiques majeures du TPB est son taux de suicide extrême puisque 4 à 10% des patients souffrant de TPB décèdent par suicide, soit 50 fois plus que le taux observé dans la population générale (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Crowell et al., 2009; Lieb et al., 2004). Sur l'année

observée, 1 patient est décédé par suicide (soit 2% de la population). Néanmoins, 77.3% de la population ont un antécédent de TS et près de la moitié de la population (45.5%) a fait plus de 10 TS. En regard, le nombre de TS sur l'année peut sembler faible avec 0.89 TS/patient/an, cependant la médiane à 0 souligne la répartition inégale des passages à l'acte suicidaire au sein de notre population. Elle indique que la moitié de la population n'a pas fait de TS, mais en parallèle l'autre moitié de la population a un nombre de passage à l'acte beaucoup plus élevé, scindant la population en 2 groupes. On peut émettre l'hypothèse d'un groupe avec de nombreux passages à l'acte, des hospitalisations répétées et une expression de la maladie sévère, et un autre avec une expression de la maladie moins bruyante, une suicidalité plus faible et un recours à l'hospitalisation moins fréquent.

La répartition des comorbidités au sein de notre population diffère de ce qui est habituellement observé dans les études de grande ampleur. On constate notamment une prévalence bien moindre des troubles de l'humeur (9.1%), des troubles anxieux (27.3%) ou d'un autre trouble de la personnalité comorbide (6.8%) qui sont habituellement présents chez respectivement 96%, 88% et 74% des patients borderlines (Chapman & Fleisher, 2018; Lieb et al., 2004).

Concernant les troubles de l'humeur, cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les patients porteurs du diagnostic de trouble bipolaire ont été exclus de l'étude. Les chiffres rapportés par les études épidémiologiques de grande ampleur incluent les patients porteurs d'un TB comorbide. Sachant que 10 à 20% des patients souffrant de TPB présentent un TB comorbide (Gunderson et al., 2018; Lieb et al., 2004), cela pourrait expliquer en partie la différence de prévalence d'un trouble de l'humeur comorbide au sein de notre population. La décision d'exclure les patients bipolaires a été prise afin de pouvoir étudier la pharmacothérapie de notre population, et plus particulièrement l'usage des thymorégulateurs et antipsychotiques atypiques. En effet, la deuxième revue de Cochrane réalisée par Lieb et coll (Lieb et al., 2010),la méta-analyse de Stoffers et coll (Stoffers et al., 2010) ainsi que les recommandations britanniques et australiennes (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013) évoquent une possible efficacité partielle de ces molécules dans la prise en charge de certains symptômes du TPB. C'est d'ailleurs fort de ce constat que Gourion (Gourion, 2019) proposait son algorithme décisionnel dans la pharmacothérapie du TPB, algorithme centré sur

l'usage des thymorégulateurs et antipsychotiques de deuxième génération. Ces traitements étant systématiquement prescrits dans la prise en charge du TB, il était nécessaire d'exclure cette population. Les troubles dépressifs ont été conservés car l'intérêt de la prescription d'un traitement antidépresseur dans la prise en charge du TPB n'a été évoqué que de manière anecdotique dans les différentes revues de la littérature et recommandations étrangères, sans niveau de preuve d'efficacité suffisant (Lieb et al., 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013; Stoffers et al., 2010).

Aucun TCA, TDAH ni trouble somatoforme comorbide n'est retrouvé alors qu'ils sont habituellement décrits chez respectivement 53%, 15% et 10% des patients borderlines (Chapman & Fleisher, 2018; Lieb et al., 2004). Par contre, les comorbidités addictives sont plus fréquentes dans notre population. En effet, 80% des patients inclus présentent un trouble addictif comorbide quand Lieb et coll en 2004 (Lieb et al., 2004) rapportent 64 à 66% de comorbidités addictives. On peut également s'étonner du faible taux d'antécédents psychiatriques (uniquement 25% des patients) alors que les épisodes dépressifs, le trouble anxieux, les abus de substance, le TDAH et le trouble des conduites de type oppositionnel dans l'enfance augmentent significativement le risque de TPB à l'âge adulte (Sperenza, 2018).

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses devant ces différences. Tout d'abord la faible taille de notre échantillon peut induire un biais de sélection à l'origine d'une partie de ces discordances. Ensuite, il semble qu'il y ait une recherche insuffisante des comorbidités et antécédents ainsi qu'une étude de l'histoire de vie trop fragile à l'origine d'un biais d'information. L'utilisation d'un entretien structuré ou semi-structuré, comme recommandé par l'ensemble des « guidelines » étrangères (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013) pourrait permettre d'identifier plus précisément les comorbidités, antécédents et d'éliminer les diagnostics différentiels. Enfin, les différences peuvent aussi être dues à un codage non systématique dans les dossiers. Cette étude ne pouvant inclure que ce qui est tracé dans les dossiers ; leur absence ne signifie pas obligatoirement que cela n'a pas été fait en pratique ou que le critère recherché n'existe pas en réalité. Il y a également un risque d'erreur à la lecture des dossiers et lors du remplissage manuel des fichiers Excel.

On retrouve une prévalence majeure de psychotraumatismes (73% de la population incluse), sans que l'âge de survenue ne soit précisé dans les dossiers. Ces résultats attendus se rapprochent des chiffres rapportés par l'équipe de Zanarini en 2002 (Zanarini et al., 2002) qui décrivait 92% d'antécédent de négligence, 40 à 76% d'antécédent d'abus sexuels et 25 à 73% d'antécédent de violence physique, au sein d'une population de 290 patients borderlines inclus entre 1992 et 1995 aux urgences de l'hôpital McLean dans le Massachusetts.

Sur le plan social, on constate un isolement fréquent (48.2% des patients ayant un entourage familial faible ou absent et 50% ayant un entourage amical faible ou absent), et une précarité professionnelle (72.7% des patients sans emploi ou formation stables). Seuls 36.4% des dossiers retrouvent une personne de confiance et une personne à prévenir désignée. Ces chiffres rejoignent les résultats des études socio-démographiques rapportés par l'APA en 2001 (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001) et l'étude de suivi de Zanarini et coll en 2011 (Zanarini et al., 2011). Ainsi ce dernier décrivait que seulement 25% de la population de son étude avait un bon fonctionnement social (défini par la présence d'au moins une relation affective stable et un engagement professionnel, familial ou scolaire durable), mais 80% d'entre eux perdaient ce fonctionnement au fil du temps (Zanarini et al., 2011). Cette perte de fonctionnement social apparait aussi dans notre étude par le fait que 20.5% des patients perçoivent l'AAH et 13.6% sont sous mesure de protection.

Devant cette situation les recommandations étrangères soulignent l'importance d'un accompagnement social, accompagnement encore trop faible dans les prises en charge à l'EPSM de Caen puisque seulement 45.5% des patients en bénéficient. Si la faiblesse de ce chiffre peut être en lien avec un refus du patient, le questionnement de la situation sociale et la proposition d'une rencontre systématique avec une assistante sociale (de l'établissement ou d'une structure médico-sociale extérieure) doivent se mettre en place.

Concernant le faible taux de personnes de confiance et de personnes à prévenir désignées, on peut émettre l'hypothèse du refus du patient de désigner un proche à l'admission, admission qui se fait bien souvent en situation de crise activant des mécanismes de clivage amenant parfois le patient à un rejet de son entourage ou à une certaine hostilité vis-à-vis du soin. Il serait intéressant de reposer la question au patient une fois l'apaisement clinique atteint.

L'EPP met en lumière des axes d'améliorations nécessaires notamment concernant la recherche d'ATCD et comorbidités, et concernant l'accompagnement social.

2 CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS

Comme décrit dans la première partie de ce travail, l'ensemble des « guidelines » recommandent de limiter le recours à l'hospitalisation à certaines situations bien spécifiques (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013).

Au sein de la population étudiée, le nombre moyen d'hospitalisations au cours de leur vie est de 10.4 hospitalisations par patient avec une médiane à 4, et le nombre d'hospitalisations par patient sur l'année d'étude est de 3.38 hospitalisations par patient avec une médiane à 1 hospitalisation/patient/an. On retrouve l'hypothèse formulée plus haut d'une population scindée en deux ; une partie de la population présentant un TPB à forte expression de manifestations aiguës à l'origine d'hospitalisations fréquentes, et l'autre présentant un trouble moins centré sur les manifestations aiguës et donc hospitalisée moins souvent. Le constat reste celui d'un recours important à l'hospitalisation, qui va à l'encontre des recommandations. En effet, des hospitalisations trop fréquentes ou trop longues pourraient s'avérer délétères car elles empêcheraient le patient de développer ses propres ressources et capacités d'adaptation (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Les différences par rapport aux « guidelines » étrangères peuvent s'expliquer du fait d'offres de soin différentes en France et notamment en Normandie : il est plus facile d'éviter une hospitalisation en milieu classique lorsque l'offre de soin propose des services spécialisés, des unités de crise ou des unités d'intervention ambulatoires spécifiques. Les différences culturelles peuvent également jouer un rôle : l'étayage extérieur sera naturellement plus présent dans les pays où le fonctionnement communautaire est plus important (notamment en Australie et aux Etats-Unis).

Une réflexion autour de la création de dispositifs d'intervention d'urgence pourrait être bénéfique afin de limiter le recours à l'hospitalisation et d'apporter une gradation dans la réponse aux différentes situations de crise, renvoyant une nuance toute nécessaire à des patients dont le fonctionnement est en « tout ou rien ». Plusieurs dispositifs peuvent être pensés, de la ligne de permanence téléphonique jusqu'à l'hospitalisation de courte durée en unité de crise en passant par l'intervention d'équipes mobiles.

La ligne de permanence téléphonique existe déjà via le « dispositif VigilanS »(Jardon et al., 2019). Ce dispositif créé en 2015 dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, déclenché après tout geste suicidaire pour une durée de 6 mois, comprend la remise d'une carte avec le numéro vert de la ligne d'urgence (disponible 24h sur 24), des appels systématiques à 10 jours, 21 jours et à 6 mois après le geste suicidaire, et l'envoi de cartes postales personnalisées mensuelles pendant 5 mois selon l'évaluation du 21e jour. Ce dispositif est implanté en Normandie et l'inclusion des patients borderlines après un geste suicidaire doit être systématique. Ce dispositif doit leur être présenté et le recours à « VigilanS » doit faire partie de la gestion des situations de crise dans le plan de soin. Cette donnée n'était pas présente dans les dossiers médicaux. En effet les inclusions dans le « dispositif VigilanS » sont centralisées par le centre hospitalier de l'Estran, qui informe le psychiatre référent des entretiens téléphoniques réalisés. La création d'un dossier médical unique partagé pourrait peut-être éviter cette perte d'information.

Des équipes mobiles sont déjà présentes sur certains secteurs de l'établissement, cependant elles ne peuvent pas être déclenchées depuis les services d'urgences et ne sont disponibles que de 9h à 16h30. Certains hôpitaux psychiatriques bénéficient d'équipe mobile d'urgence tel que le dispositif E.R.I.C (Equipe Rapide d'intervention de Crise) au centre hospitalier de Plaisir (Kannas, 1997). Présent depuis 1994, disponible 7 jours sur 7 et 24h sur 24, il peut être déclenché depuis le service des urgences ou sur appel téléphonique, et intervient au domicile des patients. D'autres établissement ont également mis en place ce dispositif. Plus récemment, le groupe hospitalier du Havre sous l'égide du Dr LAVENU-DELISLE a ouvert le 1er juillet 2020 l'Equipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC) qui présente un fonctionnement similaire mais avec des créneaux plus restreints. La création « d'équipe mobile d'urgence » au sein de l'EPSM se confronterait à la difficulté de l'étendue du territoire.

En effet, il semble illusoire sur un plan économique d'imaginer que chaque secteur puisse bénéficier de cette équipe disponible 24 heures sur 24. Mais l'étendue du territoire à couvrir par une équipe unique pour tout l'établissement rendrait sa mise en application délicate. De la même manière, il pourrait être difficile d'avoir un temps de supervision avec chaque psychiatre référent et de se coordonner avec les services hospitaliers et ambulatoires de chacun des secteurs.

La création d'une unité de crise trans-sectorielle pourrait apporter une réponse supplémentaire en offrant la contenance et la sécurisation nécessaire sur une très courte durée, tout en évitant un recours à l'hospitalisation en milieu classique et les risques transférentiels et de dépendance vis-à-vis de l'institution qui l'accompagnent. Elle pourrait également être le lieu de déclenchement de l'intervention de l'équipes mobile du secteur dont le patient relève lorsque cela est disponible.

On constate que la majorité des hospitalisations (67%) font suite à un passage aux urgences. Si le service d'urgence a une place importante dans la gestion des situations de crise des patients borderlines, il semble qu'il prenne une place toute particulière au sein des prises en charge à l'EPSM de Caen. Il aurait été intéressant d'étudier le nombre de passages aux urgences et les motifs de consultation aux urgences et d'hospitalisation. Cela n'a pas été possible car le territoire couvert par l'EPSM de Caen regroupe plusieurs services d'urgences appartenant à différents hôpitaux, chaque service d'urgences ayant une offre de soin différente. De plus, le recueil de ces informations aurait impliqué un accord de l'ensemble de ces hôpitaux et a levée de l'anonymat des dossiers médicaux. On peut néanmoins émettre l'hypothèse que l'absence de psychiatre la nuit sur les services d'urgences de Falaise, Lisieux et Cricquebœuf et l'impossibilité d'accès au dossier psychiatrique du patient, majore le recours aux hospitalisations.

Nous pouvons nous interroger sur les recours alternatifs qu'ont les patients en situation de crise afin de limiter les passages aux urgences. Seules 11% des hospitalisations font suite à une consultation avec leur psychiatre référent et 5% par un autre médecin (médecin traitant ou SOS médecin) et aucune suite à un entretien avec leur infirmier référent. A noter que 16% des hospitalisations font suite à une présentation spontanée sur l'EPSM de Caen qui a l'avantage de permettre une évaluation par un psychiatre ayant accès au dossier du patient. Il semble indispensable de pouvoir travailler avec le patient une hiérarchisation dans le recours au soin en

incluant le recours au « dispositif VigilanS », au CMP et au médecin traitant (ces aspects seront détaillés plus bas lorsque nous aborderons le plan de soin).

L'importance du nombre de séjours hospitaliers courts (durée moyenne de séjour à 11.4 jours avec une médiane à 8 jours) montre que les praticiens de l'EPSM suivent les recommandations étrangères (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013) en privilégiant les hospitalisations de crise de courte durée (moins de 15 jours) lorsque l'hospitalisation n'a pas pu être évitée . On constate quelques séjours de plus d'1 mois pour lesquels une orientation vers une unité spécialisée pourrait être discutée (Euler et al., 2018). Néanmoins il n'existe pas d'établissement spécialisé en Normandie et les établissements hors région sont bien souvent déjà débordés par les demandes émanant de leur secteur. De plus, les patients peuvent se montrer réticents à l'idée d'un éloignement géographique important ; éloignement qui n'est pas forcément souhaitable puisqu'il rend difficile le travail avec les acteurs médico-sociaux du secteur du patient. A noter que le séjour prolongé n'est pas systématiquement en lien avec une situation clinique compliquée, mais parfois en lien avec une situation sociale précaire (absence de logement à la sortie, difficultés financières etc).

Enfin, 90% des hospitalisations sont en SL et 85% des sorties se font avec accord médical, ce qui rejoint les recommandations suisses de limiter le recours à la coercition (Euler et al., 2018).

Bien que la fréquence des recours à l'hospitalisation en milieu ordinaire et au service des urgences soit trop élevée en regard des recommandations, les courtes durées de séjour et le faible recours à la coercition correspondent aux bonnes pratiques.

3 PRISE EN CHARGE MEDICALE

L'ensemble des recommandations mettent l'accent sur la nécessité d'un cadre de soin structurant, d'une organisation en réseau et d'une coordination efficace entre les différents acteurs du soin (American Psychiatric Association Practice Guidelines,

2001; Euler et al., 2018; HAS, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013).

On constate qu'un psychiatre référent stable est désigné dans 86% des suivis, mais que 44% des prises en charge n'ont pas de référent infirmier. Sa présence est pourtant indispensable ; l'infirmier référent permet un recours plus facile aux soins en situation de crise avec une personne clairement identifiée, une fréquence de suivi suffisante (le psychiatre seul n'ayant pas les moyens humains de proposer un rendez-vous hebdomadaire), il permet également de limiter l'investissement affectif inadapté envers un intervenant unique et d'éviter une rupture de suivi en cas de tensions relationnelles avec le psychiatre.

Le constat de 16% d'hospitalisations sans lettre de liaison souligne le lien insuffisant avec le médecin traitant. Il tient pourtant la place centrale de coordinateur dans la prise en charge des patients borderlines dans les recommandations étrangères (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). C'est également lui qui diffuse le plan de soin aux différents acteurs médico-sociaux. La lettre de liaison permet d'informer le médecin traitant sur la pathologie et de transmettre les recommandations de bonne pratique notamment en termes de prescription de psychotropes. La lecture des dossiers a montré que les séjours sans lettre de sortie correspondaient bien souvent à des patients avec un intervalle entre deux hospitalisations très bref ou ayant un grand nombre d'hospitalisations sur l'année.

Pour améliorer les prises en charge, il est indispensable qu'une meilleure communication entre les différents intervenants soit mise en place.

Seuls 30% des patients et 19.4% des proches connaissent leur diagnostic. Cette réticence à l'annonce diagnostique des troubles de le personnalité et tout particulièrement du TPB (Paris, 2007), peut trouver plusieurs explications. De nombreux praticiens gardent des représentations péjoratives de cette pathologie en lien avec une méconnaissance de l'évolution de ce trouble ; un trouble qui garde à tort la réputation de ne pas être traitable (Paris, 2007). En découle une certaine réticence à poser et annoncer ce diagnostic. De la même manière, on constate une crainte de « coller une étiquette » trop précocement, étiquette à laquelle le patient adhèrerait et

autour de laquelle il se construirait. Une étiquette difficile à porter puisque ce diagnostic peut encore entrainer une réticence à la prise en charge (Paris, 2007). L'argument de la jeunesse est d'autant moins valide qu'il est plus facile d'assouplir une personnalité avant qu'elle ne soit totalement constituée, mais aussi du fait de la perte de chance que représente cette absence de diagnostic pour le patient, à un âge où il est bien souvent en cours de formation professionnelle, construit sa vie personnelle, et où la symptomatologie est la plus aiguë avec un risque suicidaire majeur (Zanarini et al., 2003). L'absence de diagnostic met en péril l'adhésion au soin et la mise en place de soins adaptés, laissant donc la symptomatologie s'exprimer et pouvant empêcher une insertion socio-professionnelle.

De cette absence d'annonce diagnostique découlent des taux de psychoéducation très faibles : 25.6% des patients et 13% des proches ont pu en bénéficier. Comme nous l'avons vu plus tôt, l'annonce diagnostique et la psychoéducation précoce sont essentielles à la prise en charge du TPB. Elles permettent de fixer les attentes du patient et du soignant. La psychoéducation, comme cela a pu être décrit dans l'ensemble des « guidelines » internationales (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), 2009; National Health and Medical Research Council, 2013), est centrale dans la construction d'une relation thérapeutique de confiance et permet d'améliorer l'engagement, l'autonomisation et la responsabilisation du patient ainsi que sa déstigmatisation. Elle permet également des attentes adaptées vis à vis des différents traitements proposés (Euler et al., 2018). Cette psychoéducation peut se faire en individuel ou en groupe et doit obligatoirement comporter une information claire sur la définition du TPB et son évolution (notamment la perspective d'une évolution bénigne), les hypothèses étiopathogéniques, l'héritabilité, et les différentes thérapeutiques efficaces et disponibles (Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). Les recommandations étrangères ne rapportent pas de support spécifique nécessaire à cette psychoéducation, cependant il pourrait être intéressant de remettre une plaquette informative au patient afin qu'il puisse revenir seul sur les notions partagées en entretien. Dans ce sens, Lateyron et Mathur (Lateyron & Mathur, 2016) ont créé en collaboration avec des patients borderlines au centre hospitalier universitaire de Toulouse une plaquette informative divisée en 3

parties. Tout d'abord, les critères diagnostiques du TPB, ensuite des éléments d'information sur l'évolution, les risques, l'épidémiologie, les comorbidités et les hypothèses étiopathogéniques du trouble. Et enfin les recommandations de prise en charge, qui spécifient la place et les attentes à avoir vis à vis de la pharmacothérapie, de la psychothérapie et de l'hospitalisation.

La psychoéducation de l'entourage permet une meilleure compréhension des troubles du comportement, et des réponses plus adaptées. Gunderson et coll. (Gunderson et al., 2018) rapportent que la psychoéducation de l'entourage permet aux proches d'apprendre à appréhender les spécificités émotionnelles et les troubles du comportement présentés par les patients borderlines ; notamment d'apprendre à valider les émotions ressenties par le patient, d'écouter la colère sans la majorer et d'apprendre à reconnaître quand alerter les services de soin.

De manière plus générale, on constate une faible implication de l'entourage dans les prises en charge. Un entretien familial n'est réalisé que dans 29.6% des séjours hospitaliers. Ce faible taux peut en partie s'expliquer par l'isolement social des patients borderlines ou par un refus de leur part. Cependant, avec 51.8% des patients ayant un étayage familial modéré à élevé, il semble possible d'améliorer cet aspect des prises en charge.

Un des points essentiels dans la prise en charge des patients borderlines est la gestion du risque suicidaire. 91% des suivis retrouvent une évaluation régulière du risque suicidaire tracée dans le dossier ; cette évaluation doit devenir systématique afin de limiter les passages à l'acte. De la même manière, le risque suicidaire étant majeur la première semaine suivant l'admission et les deux semaines suivant la sortie (Cailhol et al., 2014), le délai avant le premier rendez-vous post-hospitalisation est un critère important. Avec un délai moyen avant la première consultation post-hospitalisation de 4.5 jours (médiane à 3.5 jours), les praticiens de l'EPSM remplissent ce critère de bonne pratique.

Comme spécifié dans l'ensemble des « guidelines » étrangères (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013), le cadre de prise en charge doit être essentiellement ambulatoire. Sur les 44 patients étudiés, 6 sont sans suivi. Sur les 32 patients pour lesquels nous avions

accès au suivi ambulatoire (c'est-à-dire suivis en CMP ou au SMPR), on constate une moyenne de 2.1 consultations par mois (médiane à 2) quand le modèle thérapeutique d'approche généraliste pour la prise en charge du TPB développé par Bateman (Bateman et al., 2015) préconise un suivi hebdomadaire. Il serait intéressant d'observer si la fréquence proposée actuellement est en lien avec un choix du patient, un choix du thérapeute ou bien si elle est imposée par les moyens humains dont l'EPSM de Caen dispose. Au sein de notre population, 8 patients sont en rupture de suivi. Le suivi erratique est attendu chez les patients borderlines (Gunderson et al., 2018), l'inscription dans une temporalité longue et un lien thérapeutique stable étant difficiles du fait de leur pathologie. Il rend difficile l'instauration de soins spécifiques tels que la psychothérapie et les activités thérapeutiques.

Concernant les activités thérapeutiques, 13% des patients y ont participé au cours de leur hospitalisation et 23% lors de leur suivi ambulatoire. L'ensemble des « guidelines » internationales (Euler et al., 2018; Gunderson et al., 2018; HAS, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013) recommandent un travail en groupe thérapeutique qui est plus proche de la réalité sociale dans laquelle les problèmes des patients borderlines se manifestent et qui permet de travailler le lien à l'autre dans un environnement bienveillant et sécurisé (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Gunderson et al., 2018), via des activités de médiation sur l'hôpital de jour ou des prises en charge en groupe au CMP. Cette approche permet également de renforcer l'environnement social, d'augmenter les apprentissages en s'appuyant sur l'expérience de l'autre et permet de diminuer l'intensité du transfert qui sera alors dirigé vers le groupe et non plus sur une personne unique (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; Gunderson et al., 2018). L'approche groupale permet aussi de diminuer l'investissement affectif inadapté des patients borderlines vis-à-vis des soignants, les tensions relationnelles dans le soin, et donc d'éviter de rejouer au niveau du soin les difficultés relationnelles du patient. De plus, des activités de médiation en hôpital de jour renforcent la présence du soin, sécurisent les patients et potentiellement limitent les hospitalisations, parallèlement au travail des compétences spécifiques à chaque atelier. A ce jour, il n'existe pas d'activité thérapeutique spécifique aux patients borderlines sur l'ensemble des secteurs desservis par l'EPSM. Cependant, la démographie actuelle des patients ne permet pas

la création de groupes spécifiques sur chaque CMP, et l'étendue du territoire ne permet pas la création d'un groupe unique sur l'établissement. L'approche dimensionnelle qui se développe actuellement pourrait être une réponse à cette situation. En ciblant des symptômes spécifiques, reconnus par le patient, il serait possible de proposer des ateliers ciblés tels que « reconnaissance et gestion des émotions », « relaxation », « affirmation de soi » etc., en regroupant les patients en fonction de la plainte et non en fonction du diagnostic. La proposition de soins ciblés en rapport avec la plainte des patients permettrait peut-être d'améliorer l'adhésion aux soins et d'augmenter la participation aux médiations thérapeutiques, tout en maintenant une proximité du soin, comme recommandé dans les « guidelines » étrangères.

Le « gold standard » de la prise en charge du patient borderline est la psychothérapie (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). Au sein de notre population, 62% des patients sont sans suivi psychologique. Aucun psychologue de l'EPSM n'est formé aux psychothérapies validées pour la prise en charge des patients borderlines ; il serait intéressant de diffuser auprès des professionnels de l'établissement les principes de l'approche généraliste décrite par l'équipe de Gunderson (Gunderson et al., 2018) sous le nom de « general psychiatric management » (GPM). En parallèle, la bibliothérapie peut être un outil supplémentaire pour pallier au manque de praticien formé aux thérapies spécifiques, en apportant une ligne directrice pour accompagner les patients borderlines. Morey et coll ont pu apporter la preuve de l'efficacité de la bibliothérapie sur les comportements auto-dommageables (Morey et al., 2010). Fortes de ce constat, Ducasse et Brand-Arpon ont réalisé un manuel de bibliothérapie destiné aux patients borderlines (Ducasse & Brand-Arpon, 2017). Cet ouvrage s'appuie sur le programme court intégratif proposé au sein de l'unité spécialisée du CH de Montpellier (programme de 6 mois, intégrant DBT et thérapie ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement)). Cependant, pour certaines situations cliniques particulièrement sévères, le GPM et la bibliothérapie ne peuvent être une réponse suffisante. L'absence de thérapeute formé aux thérapies spécifiques du TPB sur le territoire, et le manque de thérapeute sur l'établissement, ne permet pas la mise en place d'un soin pourtant

nécessaire. Le très faible taux de psychothérapie peut également être en lien avec un refus du patient ou une difficulté à s'inscrire durablement dans la psychothérapie.

La pierre angulaire de tout suivi de patient borderline est le « plan de soin », recommandé par l'ensemble des « guidelines » étrangères. C'est une démarche qui n'est pas encore connue par nos praticiens, ainsi aucune prise en charge ne retrouve de « plan de soin ». Sa rédaction avec le patient permet d'expliciter les modalités d'intervention de chacun, de fixer des objectifs et d'apporter de la clarté dans les interactions entre le patient et le soin, notamment vis-à-vis du recours à l'hospitalisation (Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). Il permet de favoriser l'activation comportementale et la responsabilisation du patient en l'impliquant dans sa prise en charge (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). Le plan de soin permet également de rappeler le cadre du suivi lorsque le patient teste les limites de ce cadre (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001). La formalisation des réponses à apporter aux différents types de situations cliniques permet également aux soignants d'éviter de réagir dans l'urgence dans laquelle les patients peuvent nous mettre parfois, dans le passage à l'acte en symétrie.

De la même manière, le recours au « contrat d'hospitalisation » reste encore anecdotique puisque présent dans seulement 11% des hospitalisations. A l'instar du « plan de soin », ce contrat permet de rappeler le cadre d'hospitalisation et d'apporter des réponses formalisées aux différentes situations rencontrées. Il facilite une prise en charge uniformisée lorsque différents soignants doivent intervenir (médecin de garde, hébergement sur d'autres services faute de place, changements fréquents dans les équipes soignantes). Il impose également de penser la post-hospitalisation dès l'entrée, comme préconisé par Cailhol au congrès de l'Encéphale en 2018 (Cailhol, 2018). Si ces échanges semblent bien avoir lieu à la lecture des comptes-rendus d'entretien, le problème semble résider dans l'absence de traçage et notamment dans l'absence d'outil informatique adapté pour le faire. On retrouve la possibilité de rédiger un « contrat d'hospitalisation » dans le logiciel hospitalier « Cortexte », cependant il n'apparait pas de manière visible pour l'ensemble des intervenants et implique d'en connaitre l'existence pour le rechercher.

A l'EPSM de Caen, la stabilité de la référence médicale, la fréquence de suivi et la gestion du risque suicidaire suivent globalement les bonnes pratiques. Sont retrouvés néanmoins des axes d'amélioration forts voire des manquements du côté de la psychoéducation et de l'implication de l'entourage, du suivi ambulatoire (en particulier concernant les activités thérapeutiques et prises en charge de groupe), de la communication entre intervenants, des psychothérapies, du plan de soin et du contrat de soin intra-hospitalier.

4 PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE

Aucune des 2 méta-analyses étudiées (Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010), ne retrouvent d'efficacité significative de la pharmacothérapie. Certaines molécules (en particulier les antipsychotiques de 2^{e} génération et les thymorégulateurs) pourraient avoir des effets bénéfiques sur des symptômes cibles, mais des études plus puissantes sont nécessaires pour en attester.

De la même manière, les « guidelines » récentes (Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne), 2009; National Health and Medical Research Council, 2013), recommandent d'éviter la pharmacothérapie et de limiter leur utilisation aux situations de crise en monothérapie et à posologie minimale efficace, sur une durée limitée. Bien que les antipsychotiques de 2^{e} génération et les thymorégulateurs éveillent leurs intérêts, chacune de ces guidelines explique que le niveau de preuve est insuffisant et la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de la pharmacothérapie.

Les « guidelines » américaines (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001) sont moins formelles et voient un intérêt à une pharmacothérapie adjuvante. Cependant, ces recommandations n'ont pas pu bénéficier des études menées ces quinze dernières années. On notera néanmoins que l'algorithme décisionnel proposé dans les « guidelines » de l'APA, propose le recours aux thymorégulateurs et à certains antipsychotiques de 2^{e} génération.

Malgré ces recommandations, on constate un recours important aux traitements pharmacologiques au sein de notre population. Près de 70% des patients inclus ont

reçu un traitement neuroleptique sédatif au long cours (durée moyenne de prescription de 136.2 jours sur l'année d'étude), sans diminution des posologies lors des hospitalisations contrairement aux préconisations de Cailhol (Cailhol, 2018). La poursuite d'un traitement sédatif au long cours présente un risque de mésusage, de tolérance avec limitation des recours pharmacologiques en situation de crise, et ne permet pas aux patients de développer des stratégies de « coping ». Les molécules utilisées sont principalement la CYAMEMAZINE et la LOXAPINE. Le recours fréquent à la CYAMEMAZINE pourrait être en lien avec la comorbidité de trouble de l'usage du cannabis (41% de la population incluse) ; en effet c'est une molécule fréquemment utilisée dans la prise en charge symptomatique d'un sevrage cannabique, cependant la prescription ne devrait pas dépasser 28 jours pour cette indication. Un patient a reçu du ZUCLOPENTHIXOL au long cours. S'il pourrait avoir une efficacité sur les comportements agressifs (Haessler et al., 2007), aucune étude n'a pu prouver son efficacité sur les comportements agressifs impulsifs chez les patients borderlines.

Également à visée anxiolytique et hypnotique, on constate une prescription très fréquente de benzodiazépines et apparentés. Près de 80% de la population étudiée a reçu des benzodiazépines au long cours (durée moyenne de 111.9 jours sur l'année d'étude) et 54.5% des hypnotiques (durée moyenne de 88.8 jours sur l'année d'étude). Cela va à l'encontre de l'ensemble des recommandations étrangères et nationales qui invitent à la prudence dans la prescription de molécules à risque de mésusage et d'addiction, la SSPP allant même jusqu'à proscrire leur utilisation (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; Euler et al., 2018; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council, 2013). Des prescriptions particulièrement à risque au sein de notre population puisque 80% d'entre elle présente une comorbidité addictive. Le risque de mésusage, d'addiction mais aussi d'IMV (intoxication médicamenteuse volontaire) ne sont que peu contrôlés : seules 15.6% des délivrances sont sécurisées.

En pratique clinique, il peut sembler difficile de ne pas répondre par un traitement médicamenteux à la demande, ou au besoin, d'apaisement chez nos patients. Bien souvent l'effet contenant de l'hospitalisation est insuffisant et le recours à la pharmacothérapie semble indispensable. L'importance de la psychoéducation s'affirme à nouveau : informer nos patients de la faible réponse attendue et des risques encourus par la pharmacothérapie permet d'en limiter la demande. Le cas échéant, il

serait intéressant d'avoir recours plus fréquemment aux antihistaminiques (prescrits chez 40.9% de la population) qui peuvent répondre au besoin d'anxiolyse sans représenter les mêmes risques de mésusage et d'addiction. De la même manière, le développement de méthodes de relaxation non médicamenteuses (sophrologie, cohérence cardiaque, respiration abdominale etc.) dans nos pratiques nous permettrait une réponse plus adaptée en accord avec les recommandations. Cet abord nécessiterait probablement des équipes soignantes plus nombreuses et formées à ces méthodes.

En parallèle des prescriptions de neuroleptiques sédatifs et benzodiazépines que nous pouvons voir comme « traitements de crise », on retrouve des prescriptions de « traitements de fond ». Bien que les recommandations internationales soulignent leur niveau de preuve insuffisant, les situations cliniques « compliquées » mettent en difficulté les psychiatres, les amenant à la recherche d'un traitement de fond efficace ciblant des symptômes spécifiques. C'est dans cette optique que Gourion proposait son arbre décisionnel (décrit dans la partie « prise en charge pharmacologique » de ce travail), à la conférence de l'Encéphale 2019 (Gourion, 2019), proposant le recours à des thymorégulateurs, antipsychotiques de 2^{e} génération ou à la CLOZAPINE. Les prescriptions observées rejoignent en partie cet algorithme décisionnel puisque près de la moitié des patients ont reçu un antipsychotique atypique. Le faible pourcentage de prescription de thymorégulateurs peut s'expliquer par l'importance du nombre de femme en âge de procréer. Le VALPROMIDE est la molécule la plus fréquemment retrouvée. Elle pourrait avoir une efficacité sur la colère (Euler et al., 2018; Lieb et al., 2010; National Health and Medical Research Council, 2013; Stoffers et al., 2010), la labilité de l'humeur (Lieb et al., 2010) et l'impulsivité (Euler et al., 2018). Cependant ce traitement est contre-indiqué chez la femme en âge de procréer : sa prescription au sein de cette population est strictement encadrée et réservée aux pathologies épileptiques ou au trouble bipolaire sous conditions spécifiques.

On constate également une fréquence importante de prescription d'antidépresseur (25 patients). Si 8 d'entre eux souffrent d'une comorbidité psychiatrique indiquant l'instauration d'un traitement antidépresseur, il semblerait que les 17 autres aient reçu ce traitement dans le cadre de leur TPB. La méta-analyse de Stoffer et coll (Stoffers et al., 2010) retrouve une efficacité possible de la FLUVOXAMINE sur la labilité de l'humeur. La méta-analyse du NICE rapporte une

efficacité possible des tricycliques sur la dépressivité. Aucune des « guidelines » étrangères ne recommande l'usage des antidépresseurs au vu de la balance bénéfice-risque.

Concernant la surveillance de la pharmacothérapie, moins de la moitié des patients bénéficient d'une conciliation médicamenteuse (46%) bien que leur nomadisme médical soit connu (Gunderson et al., 2018), exposant au risque de sevrage accidentel ou d'association contre-indiquée. Si un bilan biologique est réalisé dans 71% des cas, seules 20% des femmes en âge de procréer sans moyen de contraception ont une recherche de β-HCG. Devant la fréquence de prescription de traitements contre-indiqués durant la grossesse, la systématisation de la recherche de β-HCG dans le bilan sanguin d'admission chez les femmes en âge de procréer pourrait être discuté au sein de l'établissement. Un ECG n'est réalisé que dans 61% des séjours. Aucune entrée ne comporte des soins complets incluant notamment le poids la taille, l'IMC (indice de masse corporelle) et le périmètre ombilical. Devant la fréquence de la prescription de traitements torsadogènes et aux effets indésirables métaboliques, il semble indispensable que la surveillance cardiaque et métabolique soit faite systématiquement en hospitalisation et en suivi ambulatoire.

L'observation des prescriptions médicamenteuses à l'EPSM de Caen retrouve un recours majeur à la pharmacothérapie avec un usage au long cours de traitements de crise, notamment des benzodiazépines et apparentés sans délivrance sécurisée, allant à l'encontre des bonnes pratiques. La surveillance des risques métaboliques, cardiaques et gynécologiques est insuffisante. En revanche, le choix des « traitements de fond » correspond aux molécules éveillant l'intérêt des recommandations étrangères et experts du TPB.

5 CONCLUSION DE L'EPP

Cette EPP met en lumière que l'absence de recommandation française dans la prise en charge des patients souffrant de TPB semble à l'origine de plusieurs faiblesses.

Les professionnels sont encore peu formés à la prise en charge du TPB. En découle une annonce diagnostique trop rare et donc une psychoéducation insuffisante, une recherche insuffisante des comorbidités et antécédents, une implication trop faible de l'entourage, une méconnaissance du « plan de soin » et un travail en réseau encore trop fragile. De la même manière, l'accompagnement social n'est pas systématisé. Le recours au traitement pharmacologique, particulièrement au long cours, est encore très présent. Sur le plan des hospitalisations, si leur durée et leur modalité de soin suivent les recommandations étrangères, elles restent nombreuses, en partie faute d'autres réponses à apporter au patient. La psychothérapie, cœur de la prise en charge du TPB, est insuffisante du fait notamment du manque de professionnels formés aux thérapies spécifiques du TPB. Le suivi ambulatoire, bien qu'il suive en partie la fréquence et stabilité recommandées, ne propose pas suffisamment de travail en groupe ou médiations thérapeutiques.

La gestion du risque suicidaire est adaptée et suit les recommandations étrangères. Il reste à travailler la réponse à apporter aux situations de crise, réponse trop souvent apportée par le service des urgences par une hospitalisation en milieu classique.

Plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés. Tout d'abord une information des professionnels de l'établissement sur le TPB, son évolution, et les recommandations étrangères, permettrait de déconstruire des représentations inadaptées et d'apporter un guide dans les prises en charge. Au vu de la recherche insuffisante des comorbidités et antécédents, le recours à un questionnaire de dépistage tel que le MSI-BPD (Mirkovic et al., 2020), ou à un entretien semi-structuré, tel que le SCID-II (Bouvard et al., 1999), pourrait aider à leur identification. L'évolution des représentations sur le TPB et le développement de connaissances permettraient certainement une annonce diagnostique systématisée et une psychoéducation efficace. La création d'une plaquette informative destinée aux patients et à leurs proches pourrait être un outil supplémentaire. L'information sur les principaux axes des recommandations étrangères permettrait de développer l'usage du « plan de soin », définir les objectifs thérapeutiques, et notamment fixer les réponses à apporter en situation de crise, en impliquant activement l'ensemble des acteurs médico-sociaux.

Sur le plan de la psychothérapie, la diffusion des recommandations de « general psychiatric management »de Gunderson (Gunderson et al., 2018) apporterait un guide

aux praticiens et pourrait pallier partiellement au manque de thérapeute formé aux thérapies spécifiques sur l'établissement. Il pourrait être envisagé la présence sur l'établissement d'un psychothérapeute formé aux thérapies spécifiques du TPB, qui serait ressource dans les situations complexes et pourrait superviser certaines prises en charge de patients borderlines. L'EPSM de Caen a un fort héritage psychanalytique, ce qui pourrait entrainer une certaine résistance à la mise en place de psychothérapies d'obédience cognitivo-comportementale. L'approche basée sur la mentalisation pourrait être mieux acceptée par l'ensemble des soignants que la DBT.

A l'échelle de l'établissement, une réflexion autour de la création d'une unité d'hospitalisation de crise trans-sectorielle serait bénéfique. Cette unité d'admission de courte durée, non spécifique du TPB mais bien de la situation de crise, permettrait une évaluation et une orientation adaptée à chaque situation. Pour la population borderline, elle permettrait une hiérarchisation des réponses en situation de crise et, si nécessaire, l'orientation vers une hospitalisation en service d'admission de secteur pour une durée définie, ou bien la mise en place d'un suivi par l'équipe mobile de secteur. Cela impliquerait une généralisation de ces-dernières à l'ensemble de l'établissement.

Développer l'approche dimensionnelle au sein de l'établissement permettrait une meilleure offre de soin en termes de médiations thérapeutiques, et potentiellement une meilleure adhésion à cet aspect indispensable du soin chez le patient borderline. Ce travail est actuellement en cours de développement sur l'ensemble de l'EPSM, notamment par le biais de la formation des pôles par l'unité de réhabilitation psycho-sociale et remédiation « Ariane ».

Sur le plan de la pharmacothérapie, la surveillance clinique et biologique pourrait être améliorée en rendant systématique la recherche de β-HCG dans le bilan d'entrée. Diffuser l'information auprès des équipes soignantes sur les risques métaboliques des traitements neuroleptiques et l'importance de la surveillance du poids et du périmètre abdominal pourraient augmenter leur réalisation en pratique clinique. La formation des équipes aux méthodes de relaxation non médicamenteuses pourrait peut-être diminuer le recours aux traitements de crise, notamment aux benzodiazépines et apparentés. Le risque de mésusage et IMV pourrait être limité en ayant recours plus fréquemment aux méthodes de délivrance sécurisée.

Il pourrait également être intéressant de discuter avec le service informatique d'une présentation plus visible des « contrats d'hospitalisation » et de l'instauration d'un onglet « plan de soin » que l'ensemble des acteurs du soin pourront s'approprier, en collaboration avec le patient.

CONCLUSION

Le trouble de personnalité borderline, de par sa complexité et diversité, continue d'interroger et de diviser les psychiatres. L'approche neurobiologique en plein essor complète une compréhension psychodynamique. Les différentes recherches menées et les progrès scientifiques apportent progressivement des éléments de compréhension. Les avancées en épigénétique notamment, apportent un éclairage neuf et optimiste quant à l'évolution positive possible que les soins peuvent apporter.

La prise en charge des troubles de personnalité est toujours délicate, la personnalité faisant partie de la construction identitaire d'un sujet, mais elle l'est tout particulièrement pour le TPB du fait d'une grande hétérogénéité de population de patients, de nombreuses et fréquentes comorbidités, et donc de la difficulté à mettre en place des recommandations de prise en charge adaptées à chacun d'entre eux. Les « guidelines » les plus récentes et le DSM-5 ont tenté de moderniser la lecture, en proposant une approche dimensionnelle, permettant une prise en charge personnalisée selon les symptômes les plus invalidants.

Les dernières recommandations centrent la prise en charge sur la psychothérapie, mettant à distance l'hospitalisation et les traitements pharmacologiques. Une mise à distance qui peut s'expliquer par le manque d'étude sur cette population ne permettant pas de recommandation claire sur la pharmacothérapie, et par l'absence d'établissement ou de service spécialisé pouvant les accueillir. Certaines molécules (antiépileptiques, antipsychotiques de 2^{e} génération, lithium et CLOZAPINE) font néanmoins l'objet d'une attention particulière, et pourraient avoir un intérêt dans la prise en charge de symptômes cibles. Pour infirmer ou confirmer ces hypothèses et permettre une meilleure prise en charge, des études de grande ampleur, à la hauteur de la sévérité de ce problème de santé publique, doivent être menées.

L'EPP réalisée à l'EPSM de Caen retrouve la population attendue : jeune majoritairement féminine, porteuse d'un diagnostic récent avec un recours aux soins important. Les résultats de l'étude soulignent l'importance de diffuser les connaissances pour imprimer des pratiques cliniques encore trop éloignées des recommandations. Si l'ensemble des professionnels s'efforcent de privilégier les hospitalisations courtes et les suivis intensifs, il semble indispensable qu'une prise en

charge en psychothérapie structurée soit proposée et que les médiations thérapeutiques soient adaptées pour être accessibles à la population borderline. Les hôpitaux de jour et CATTP de l'établissement sont actuellement en pleine mutation. D'une lecture catégorielle et s'adressant à des patients plutôt déficitaires, ils s'orientent progressivement vers une approche dimensionnelle, centrée sur des soins de remédiation et réhabilitation, à destination d'une population plus jeune, qui devrait permettre des soins adaptés aux patients borderlines. Les comorbidités addictologiques doivent être prises en compte et les prescriptions médicamenteuses limitées et adaptées. L'offre de soin pour les patients borderlines sur notre territoire doit être pensée et harmonisée afin de leur permettre un accès aux soins adapté à leurs problématiques.

La diffusion des connaissances pourrait permettre également de limiter une certaine frilosité à la prise en charge de ces patients, et éviter le développement d'un contre-transfert négatif, souvent en lien avec un sentiment d'impuissance et d'échec dans les prises en charge complexes.

En dépit de la complexité du TPB et de son accompagnement, l'émergence d'éléments de compréhension et le développement de recommandations thérapeutiques présagent d'un potentiel réel d'amélioration des pratiques de soins et ainsi d'amélioration du pronostic pour les jeunes patients avec l'espoir non utopique d'un rétablissement.

BIBLIOGRAPHIE

Acta Psychiatrica Scandinavica, & Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality : Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(6), 401-407. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x

Amad. (2018, janvier). *Physiopathologies des troubles borderlines : Vers un modèle intégratif*. https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Actualites-des-troubles-borderlines-au-dela-des-limites

Amad, A., & Radua, J. (2017). Resting-state meta-analysis in Borderline Personality Disorder : Is the fronto-limbic hypothesis still valid? *Journal of Affective Disorders*, *212*, 7-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.018

Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., & Gorwood, P. (2015). The age-dependent plasticity highlights the conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *266*. https://doi.org/10.1007/s00406-015-0648-3

Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder : Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *40*, 6-19. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(10 Suppl), 1-52.

Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M. D., Ziegler, U. M., Dekker, J., Rossum, B. V., Hamers, E. F. M., Scholte, W., Aerts, J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., Stijnen, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2011). Effectiveness of Outpatient, Day Hospital, and Inpatient Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster B Personality

Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*(1), 28-38. https://doi.org/10.1159/000321999

Bassett, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*(4), 327-339. https://doi.org/10.1177/0004867411435289

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : A practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet (London, England)*, *385*(9969), 735-743. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5

Bergeret, J. (2008). *La dépression et les états limites : Points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Payot.

Beri, A., & Boydell, J. (2014). Clozapine in borderline personality disorder : A review of the evidence. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *26*(2), 139-144.

Bertsch, K., Schmidinger, I., Neumann, I. D., & Herpertz, S. C. (2013). Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Hormones and Behavior*, *63*(3), 424-429. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.11.013

Binder, E. B., Bradley, R. G., Liu, W., Epstein, M. P., Deveau, T. C., Mercer, K. B., Tang, Y., Gillespie, C. F., Heim, C. M., Nemeroff, C. B., Schwartz, A. C., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2008). Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA*, *299*(11), 1291-1305. https://doi.org/10.1001/jama.299.11.1291

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for

borderline personality disorder : A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(5), 487-499. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00174-8

Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D., & Xavier, J. (2017). How Do Stress Exposure and Stress Regulation Relate to Borderline Personality Disorder? *Frontiers in Psychology*, *8*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054

Bouvard, M., Fontaine-Buffe, M., Cungi, C., Adeleine, P., Chapoutier, C., Durafour, E., Bouchard, C., & Cottraux, J. (1999). [Preliminary studies of the structured diagnostic interview for personality disorders : SCID II]. *L'Encephale*, *25*(5), 416-421.

Cailhol. (2018). *De Charybde en Scylla : Et si l'hospitalisation aggravait les choses ? (The FRENCH Crisis Cohort)*. https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Actualites-des-troubles-borderlines-au-dela-des-limites

Cailhol, L., Riedi, G., Mathur, A., Czapla, P., Charpentier, S., Genestal, M., & Birmes, P. (2014). [Should hospitalization be required after the emergency discharge of patients with borderline personality disorder who have attempted suicide (FRENCH CRISIS cohort)?]. *L'Encephale*, *40*(4), 289-294. https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.09.003

Cailhol, L., Thalamas, C., Garrido, C., Birmes, P., & Lapeyre-Mestre, M. (2015). [Mental health service utilization among borderline personality disorder patients inpatient]. *L'Encephale*, *41*(2), 115-122. https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.008

Carrasco, J. L., Díaz-Marsá, M., Pastrana, J. I., Molina, R., Brotons, L., López-Ibor, M. I., & López-Ibor, J. J. (2007). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *190*, 357-358. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022590

Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, *22*(4), 353-364. https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.353

Chapman, J., & Fleisher, C. (2018). Personality Disorder, Borderline. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders : A systematic review of randomized trials. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1805-1819. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder : A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 922-928. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922

Cloos, J.-M., Pull-Erpelding, M.-C., & Pull, C.-B. (2006). Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie. */data/traites/ps/37-41569/*. http://www.em-consulte.com/en/article/50532#

Coulston, C. M., Tanious, M., Mulder, R. T., Porter, R. J., & Malhi, G. S. (2012). Bordering on bipolar : The overlap between borderline personality and bipolarity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*(6), 506-521. https://doi.org/10.1177/0004867412445528

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(4), 319-328. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Crocq, M.-A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *15*(2), 147-153.

Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5-Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (Elsevier Masson).

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality : Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. https://doi.org/10.1037/a0015616

Dawson, D. F. L., & MacMillan, H. L. (2014). *Relationship management of the borderline patient : From understanding to treatment*. Routledge.

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder : Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(5), 389-395. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177

Ducasse, D., & Brand-Arpon, V. (2017). *Borderline : Cahier pratique de thérapie à domicile*.

Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., Ferriter, M., & Adams, C. (2008). The use of pharmacological treatments for people with personality disorder : A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, *2*(3), 119-170. https://doi.org/10.1002/pmh.41

Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Reisch, T., Schmeck, K., Sollberger, D., & Walter, M. (2018). *Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. 67.

Feliu-Soler, A., Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Pérez, J., Martín-Blanco, A., Santos, A., Crespo, I., Pérez, V., & Portella, M. J. (2013). Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1307-1309. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.011

Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., Fonagy, P., & Oldham, J. M. (2018). A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder : An examination of treatment response, remission and deterioration. *Journal of Affective Disorders*, *235*, 323-331. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.054

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder : Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*(6), 649-658. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649

Gourion. (2019). *Traiter l'impulsivité du trouble borderline : Sur le fil du rasoir*. https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Programme-de-L-Encephale-2019/Traiter-l-impulsivite-du-trouble-borderline-sur-le-fil-du-rasoir

Granger, B., & Karaklic, D. (2014). *Les Borderlines.* ODILE JACOB.

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2007). *Manuel de psychiatrie* (Masson). Masson.

Gunderson, Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 1-20. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

Gunderson, & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, *150*(1), 19-27. https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.19

Gunderson, & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients : An overview. *American Journal of Psychiatry*, *132*(1), 1-10. https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1

Haessler, F., Glaser, T., Beneke, M., Pap, A. F., Bodenschatz, R., Reis, O., & Zuclopenthixol Disruptive Behaviour Study Group. (2007). Zuclopenthixol in adults with intellectual disabilities and aggressive behaviours : Discontinuation study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *190*, 447-448. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.016535

HAS. (2005). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé.*

HAS. (2006). *Prise en charge de la psychopathie*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272478/fr/prise-en-charge-de-la-psychopathie

Henry, C. (2007). Troubles bipolaires et personnalités borderline chez l'adulte. *L'Encéphale*, *33*, 110-113. https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)78681-5

Hyler, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M., & Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised : Comparison with two structured interviews. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(8), 1043-1048. https://doi.org/10.1176/ajp.147.8.1043

Jardon, V., Debien, C., Duhem, S., Morgiève, M., Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2019). Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : VigilanS. *L'Encéphale*, *45*, S13-S21. https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.009

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *56*(7), 600-606.

Kannas. (1997). *Etude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé (ERIC) comme alternative au traitement des urgences psychiatriques*. http://193.49.126.9/Recherche/rech/syntzinserm.html

Kernberg, O. F. (2008). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.

Koenig, J., Kemp, A. H., Feeling, N. R., Thayer, J. F., & Kaess, M. (2016). Resting state vagal tone in borderline personality disorder : A meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *64*, 18-26. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.07.002

Kolb, B., Mychasiuk, R., & Gibb, R. (2014). Brain development, experience, and behavior : Brain Development. *Pediatric Blood & Cancer*, *61*(10), 1720-1723. https://doi.org/10.1002/pbc.24908

Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2016). Dépistage des troubles de la personnalité avec la version française du Personality Diagnostic Questionnaire-4+ dans une population psychiatrique : Une étude préliminaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *174*(1), 39-44. https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.10.022

Lateyron, & Mathur. (2016). *Le trouble de la personnalité borderline Qu'est-ce que c'est ? Comment se soigner ?*

Lester, D. (1992). The Dexamethasone Suppression Test as an Indicator of Suicide : A Meta-Analysis. *Pharmacopsychiatry*, *25*(6), 265-270. https://doi.org/10.1055/s-2007-1014419

Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(5), 322-328. https://doi.org/10.3109/10673220903271848

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder : Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *196*(1), 4-12. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, *364*(9432), 453-461. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (p. xvii, 558). Guilford Press.

Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux*, *no 29*(2), 73-86.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, *11*(3), 279-284.

Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M. J., Vega, D., Calvo, N., Elices, M., Sanchez-Mora, C., García-Martinez, I., Salazar, J., Carmona, C., Bauzà, J., Prat, M., Pérez, V., & Pascual, J. C. (2016). The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *266*(4), 307-316. https://doi.org/10.1007/s00406-015-0612-2

Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction : Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 969-981. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004

Mirkovic, B., Speranza, M., Cailhol, L., Guelfi, J.-D., Perez-Diaz, F., Corcos, M., Robin, M., & Pham-Scottez, A. (2020). Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 222. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02643-8

Morey, L. C., Lowmaster, S. E., & Hopwood, C. J. (2010). A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a Therapeutic Assessment augmentation for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, *178*(3), 531-535. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.055

National Collaborating Centre for Mental Health (Grande-Bretagne). (2009). *Borderline personality disorder : Treatment and management*. British Psychological Society ; Royal College of Psychiatrists.

National Health and Medical Research Council (Australia). (2013). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. National Health and Medical Research Council.

Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (1993). *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Masson.

Paris. (2007). Why Psychiatrists are Reluctant to Diagnose. *Psychiatry (Edgmont)*, *4*(1), 35-39.

Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(6), 482-487. https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271

Paris, Joel. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder : Making treatment brief, effective, and accessible*. Elsevier/Academic Press.

Perroud. (2014). Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *L'information psychiatrique*, *Volume 90*(9), 733-739.

Perroud, Paoloni-Giacobino, A., Prada, P., Olié, E., Salzmann, A., Nicastro, R., Guillaume, S., Mouthon, D., Stouder, C., Dieben, K., Huguelet, P., Courtet, P., & Malafosse, A. (2011). Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment : A link with the severity and type of trauma. *Translational Psychiatry*, *1*, e59. https://doi.org/10.1038/tp.2011.60

Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Torgersen, S., & Kendler, K. S. (2010). Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders : A population-based twin study. *Psychological medicine*, *40*(9), 1475-1484. https://doi.org/10.1017/S0033291709991954

Rinne, T., de Kloet, E. R., Wouters, L., Goekoop, J. G., DeRijk, R. H., & van den Brink, W. (2002). Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biological Psychiatry*, *52*(11), 1102-1112. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01395-1

Sperenza. (2018). *Avancées dans l'évaluation et la prise en charge de l'adolescent borderline*. https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Actualites-des-troubles-borderlines-au-dela-des-limites

Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, CD005653. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2

Von de Fenn. (2018). *Actualités des troubles borderlines : Au-delà des limites*. https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Actualites-des-troubles-borderlines-au-dela-des-limites

Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, *23*(5), 433-446. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.433

Xie, P., Kranzler, H. R., Poling, J., Stein, M. B., Anton, R. F., Farrer, L. A., & Gelernter, J. (2010). Interaction of FKBP5 with childhood adversity on risk for post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *35*(8), 1684-1692. https://doi.org/10.1038/npp.2010.37

Yehuda, R., Golier, J. A., Halligan, S. L., Meaney, M., & Bierer, L. M. (2004). The ACTH response to dexamethasone in PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1397-1403. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1397

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., Cottraux, J., & Pascal, B. (2017). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*.

Zanarini, Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology : 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 274-283. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 Years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 28-36.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Harned, A. L., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Rates of Psychotropic Medication Use Reported by Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects over 16 Years of Prospective Follow-up. *Journal of clinical psychopharmacology*, *35*(1), 63-67. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000232

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J. L., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weiss, R. D. (2011). The Course of Substance Use Disorders in Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects : A 10-Year Follow-up Study. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(2), 342-348. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(6), 381-387.

Zannas, A. S., & Binder, E. B. (2014). Gene-environment interactions at the FKBP5 locus : Sensitive periods, mechanisms and pleiotropism. *Genes, Brain, and Behavior*, *13*(1), 25-37. https://doi.org/10.1111/gbb.12104

ANNEXES

Annexe 1 : *Evolution des critères diagnostiques du TPB du DSM-III-R au DSM-V*

DSM-III-R	DSM-IV-TR	DSM-5
Mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 5 des manifestations suivantes : 1.instabilité et excès dans le mode de relations interpersonnelles exprimés avec intensité et caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisations 2.impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet, p.ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, accès boulimiques (ne pas inclure les comportements suicidaires ou auto-mutilatoires énumérés en (5)) 3.instabilité affective : changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur de base à la dépression, à l'irritabilité, ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours 4.colères intenses et inappropriées ou manque de contrôle de la colère (fréquents accès de mauvaise humeur, colère permanente, bagarres répétées) 5.menaces, comportement ou gestes suicidaires ou comportements auto-mutilatoires répétés 6.perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins deux des secteurs suivants : image de soi-même, orientation sexuelle, objectifs à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix des valeurs 7.sentiments permanents de vide ou d'ennui 8.efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés	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, qui se manifeste par la présence de 5 ou plus des critères suivants : **1.** efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (NB : ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations énumérées 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 2 domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie) NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés en 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 (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. (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.	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 et les automutilations énumérées 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 2 domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie) NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés en 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 (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. (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.

Annexe 2 : Critères généraux d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 et le DSM-5.

Critères diagnostiques selon la CIM-10	Critères Diagnostiques selon le DSM-5
- Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, - non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. - Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité - elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, - apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte.	**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 : 1. La cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements). 2. L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle). 3. Le fonctionnement interpersonnel. 4. Le contrôle des impulsions. **B**. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses. **C**. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. **D**. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. **E**. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental. F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien).

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2020/2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : SIMONET Elvire

TITRE DE LA THESE :
La prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline : une évaluation des pratiques professionnelles à l'Etablissement Public de Santé Mentale de CAEN.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :
Le trouble de personnalité borderline est une pathologie fréquente et sévère caractérisée par une instabilité de la régulation des affects, du contrôle des impulsions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Il est à l'origine d'une mortalité et d'un handicap psychosocial majeurs. Les dernières recommandations internationales centrent la prise en charge sur la psychothérapie, mettant à distance l'hospitalisation et la pharmacothérapie, avec une approche dimensionnelle centrée sur les symptômes invalidants. Une évaluation des pratiques professionnelles a été menée du 01/09/18 au 01/09/19, en approche par comparaison à un référentiel élaboré suite une revue de la littérature et une synthèse des recommandations internationales. Cette étude monocentrique (EPSM de Caen), épidémiologique en soins courants en psychiatrie, utilisant les données du dossier médical collectées rétrospectivement via une recherche informatisée par le département d'information médicale et la lecture systématique des dossiers inclut 44 patients (108 séjours hospitaliers). Les résultats de l'étude soulignent l'importance de diffuser les connaissances pour imprimer des pratiques cliniques encore éloignées des recommandations avec notamment l'absence de plan de soin et de crise, un recours aux psychothérapies à la psychoéducation et aux médiations thérapeutiques trop faibles, une utilisation trop importante et inadaptée de la pharmacothérapie, des hospitalisations trop fréquentes, une communication entre les acteurs de soins une implication de l'entourage et un accompagnement social insuffisants. L'offre de soin des patients borderlines doit être pensée et harmonisée sur ce territoire.

MOTS CLES :
Trouble de la personnalité borderline
Recommandations
Pharmacothérapie
Psychothérapie
Plan de soin
Evaluation des pratiques professionnelles

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS **:**
Management of patients suffering from borderline personality disorder : an evaluation of professional practices at the « Etablissement Public de Santé Mentale de CAEN ».

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :
Borderline personality disorder (BPD) is a common and severe disorder characterised by instability in affect regulation, impulse control, interpersonal relationships and self-image. It leads to major mortality and psychosocial disability. The latest treatment guidelines focus on psychotherapy rather than hospitalisation and pharmacotherapy, with a dimensional approach, allowing management according to the most disabling symptoms. In order to assess whether our practices follow international recommendations, an evaluation of professional practices was conducted from 01/09/18 to 01/09/19, using a comparative approach to a reference framework based on a review of the literature and a synthesis of international recommendations. This epidemiological single-centre study (EPSM of Caen), in routine psychiatric care, used medical record data, collected retrospectively via a computerised search by the medical information department and systematic reading of the medical files included 44 inpatients (108 hospital stays). The results of the study underline the importance of spreading knowledge in order to imprint clinical practices that are too far away from the recommendations, in particular the absence of care and crisis plan, insufficient use of psychotherapy, psycho-education and therapeutic mediation, too much and inappropriate use of pharmacotherapy, too frequent hospitalisations, insufficient communication between care providers, and insufficient involvement of the family and social support. The care for patients with BPD in this country must be designed and harmonised to favor access to suitable care.

KEY WORDS :
Borderline personality disorder
Guidelines
Pharmacotherapy
Psychotherapy
Care plan
Evaluation of professional practices