



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET MEDECINE
GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 2017 à 18h
au Pôle Formation
Par Smaïl Farhi

JURY

Président :

Monsieur le Professeur OLIVIER COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Professeur PIERRE THOMAS

Monsieur le Docteur NASSER MESSAADI

Madame la Docteure MURIEL DELTAND

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur ALI AMAD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
I. Présentation du trouble de personnalité borderline	10
1. <u>Description du trouble de personnalité borderline :</u>	10
2. <u>Historique</u>	11
3. <u>Epidémiologie</u>	12
4. <u>Etiologie</u>	14
5. <u>Description clinique</u>	14
a. <i><u>Perspective catégorielle et dimensionnelle</u></i>	15
b. <i><u>Les critères DSM-5 du trouble de personnalité borderline</u></i>	16
c. <i><u>Diagnostic différentiel</u></i>	17
d. <i><u>Évolution et stabilité du diagnostic</u></i>	17
e. <i><u>Impact sur le fonctionnement psychosocial</u></i>	18
f. <i><u>Perspective cognitive</u></i>	18
g. <i><u>Neurobiologie</u></i>	19
h. <i><u>Traitement</u></i>	19
II. Comorbidités non psychiatriques	22
1. <u>Rappel sur les comorbidités non psychiatriques</u>	22
2. <u>Obésité</u>	23
a. <i><u>Relation entre le trouble de personnalité borderline et les troubles de l'alimentation</u></i>	24
b. <i><u>Personnalité borderline et boulimie</u></i>	23
c. <i><u>Personnalité borderline parmi les individus atteint d'obésité</u></i>	25
d. <i><u>Association temporelle : relation contributoire</u></i>	26

3. <u>Douleur</u>	27
a. <i>Hypoalgésie aiguë</i>	27
b. <i>Intolérance à la douleur chronique</i>	28
c. <i>Hypersensibilité à la douleur sociale</i>	30
4. <u>Trouble du Sommeil</u>	31
5. <u>Syndrome métabolique</u>	32
6. <u>Problèmes de santé chronique</u>	35
7. <u>Infections sexuellement transmissibles (IST)</u>	35
8. <u>Mécanismes potentiels</u>	37
III. Trouble de personnalité borderline et médecine générale	41
1. <u>Rôle de pivot</u>	41
2. <u>Un patient stigmatisé</u>	43
3. <u>Trouble borderline et compliance</u>	45
IV. Comment améliorer leur prise en charge	47
1. <u>Un objectif réalisable</u>	47
2. <u>Résultats et analyse du questionnaire</u>	47
3. <u>Recommandations</u>	48
ANNEXES	52
Annexe 1 : questionnaire trouble de personnalité borderline et médecine Générale	52
Annexe 2 : critères DSM-V de l'anorexie mentale	54
BIBLIOGRAPHIE	56

INTRODUCTION

Le département de médecine générale de Lille définit le médecin généraliste comme un spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique. Bien que la prévalence des troubles psychiatriques soit importante en médecine générale, le trouble de personnalité borderline (TPB) qui est un des troubles psychiatriques les plus fréquents, semble mal connu. De plus, la prise en charge de ce trouble paraît complexe d'un point de vue psychiatrique et la place du médecin généraliste n'est pas toujours claire et évidente dans cette prise en charge. Dans cette thèse, nous allons, après avoir défini le TPB, synthétiser la littérature sur les liens entre la médecine générale et le TPB. Cette synthèse sera réalisée à travers l'étude des troubles non psychiatriques dont souffrent ces patients, ces différentes comorbidités étant souvent prises en charge par le médecin généraliste. Puis, après avoir étudié les liens entre la médecine générale et le TPB, nous allons essayer de trouver quelques pistes d'amélioration de cette prise en charge basées sur l'étude d'un questionnaire.

V. Présentation du trouble de personnalité borderline

6. Description du trouble de personnalité borderline :

Le trouble de personnalité borderline (TPB), ou état limite, est le plus fréquent des troubles de personnalité. Il touche en effet 1 à 5 % de la population générale avec un *sex ratio* de deux à trois femmes pour un homme en population clinique (DSM-V), *sex ratio* qu'on ne retrouve pas en population générale (50 % d'hommes et de femmes)(1).

Un trouble de personnalité ou personnalité pathologique est, par définition, grave. Selon les classifications actuelles, on définit ce type de trouble(DSM-V) :

- Par une déviation de l'expérience vécue et des conduites manifestes dans au moins deux domaines (cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel et contrôle des impulsions) ;
- Avec des modalités durables, rigides et envahissantes (au niveau personnel et social) ;
- Ces modalités durables entraînent une souffrance cliniquement significative ;
- Elles sont stables et prolongées et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence, ou au début de l'âge adulte.

La clinique du TPB est essentiellement marquée par quatre grandes dimensions symptomatiques que nous allons détailler plus bas : la dimension affective, la dimension cognitive, les troubles du comportement liés à l'impulsivité et les difficultés interpersonnelles.

Une des principales complications évolutives psychiatriques du TPB est le comportement suicidaire, avec une mortalité majeure (10%)(2). On retrouve également de nombreuses autres complications telles que les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, dysthymie), les conduites addictives et les troubles du comportement alimentaire. Les patients souffrant de cette pathologie ont également une tendance à la surconsommation médicamenteuse et nécessitent de nombreuses hospitalisations(3).

7. Historique

Au début, le mot borderline s'appliquait à des cas limites entre schizophrénie et névrose que l'on pouvait rencontrer lors de certaines psychothérapies, notamment psychanalytiques. En ce qui concerne l'état limite, il indiquait une forme d'agencement de la personnalité entre névrose et psychose.

L'historique du concept se situe à la frontière des perspectives psychiatriques et psychanalytiques. Pour les perspectives psychanalytiques, c'est le souci de distinguer névrose et psychose qui a relancé le concept de pathologie borderline. L'une des premières descriptions d'état limite a été proposée par Helen Deutsch en 1935 avec la notion de personnalité as-if, puis en 1959, par Schmideberg, en une organisation stable dans l'instabilité.

En 1968, Grinker, Werble et Drye ont identifiés un syndrome spécifique présentant 4 composantes fondamentales : agressivité, le type de relation à autrui de type anaclitique (l'anaclitisme est l'inclinaison affective envers l'être dont on dépend ou qui domine), le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression(4).

En 1970, Bergeret a développé une théorie générale de la structuration limite de la personnalité. Craignant que le groupe des états limites ne devienne rapidement un vaste "fourre-tout", il a donc considéré l'état limite comme une troisième lignée psychopathologique intermédiaire entre névrose et psychose, sans symptôme névrotique ni décompensation psychotique franche(5) (la névrose étant un terme général qui se réfère à des troubles ou à des affections psychiques sans altération de personnalité. Elle se manifeste par différents symptômes et n'a pas de base anatomique connue. Le patient est conscient de son caractère pathologique. Elle répond souvent de façon favorable à la psychothérapie).

Le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : diagnostic and statistical manual of mental disorders) est un ouvrage de référence publié par la société américaine de psychiatrie(APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux. Le troisième volume en 1980 a décrit ce trouble de personnalité comme étant une entité à part entière, comprenant une fragilité de son identité et entraînant des troubles relationnels suggestifs ainsi qu'un déséquilibre des émotions et des comportements avec impulsivités.

Bien que le TPB et l'état limite sont souvent confondus, ils ont en réalité une base théorique différente qui ne possède que quelques éléments en commun. La personnalité borderline trouve son origine d'un cheminement psychiatrique par catégorie, classé selon des critères bien définis. L'expression état limite signifie soit la dénomination française du terme borderline, soit une entité à part entière selon certaines descriptions de psychiatre psychanalyste suite à des thérapies.

L'incertitude reste présente quant à son nom : personnalité borderline pour le DSM, personnalité émotionnellement labile pour la CIM-10, soit de type impulsif soit de type borderline(6).

8. Epidémiologie

Malgré la multitude des processus utilisés aussi différents les uns que les autres, la prévalence retrouvée reste stable aux alentours de 10% (7),(3) pour les troubles de personnalité. Et, en ce qui concerne le TPB, on se situe entre 0,5% et 5,9% selon les études indifféremment du sexe en population générale(7).

Les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes chez ces patients. Les hommes présentant un TPB sont davantage susceptibles de présenter une comorbidité psychiatrique notamment l'abus de substance ou un autre trouble de personnalité (8):

- Soit schizotypique qui est un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. Son diagnostic clinique comprend une bizarrerie du discours, du comportement, des pensées, des croyances, une méfiance et un retrait social avec pauvreté du contact. L'évolution et le retentissement d'un trouble de personnalité schizotypique sont un isolement social et une désinsertion socioprofessionnelle, un abus et une dépendance aux substances psychoactives, une dépression secondaire et une schizophrénie.
- Soit narcissique dont la caractéristique essentielle est un mode général de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte. Il est présent dans des contextes divers. Son diagnostic

clinique comprend une surestimation de sa propre importance, un besoin excessif d'être admiré ou considéré, une absence d'empathie, une intolérance à la critique et une tendance à se servir des autres. L'évolution et le retentissement d'un trouble de personnalité narcissique sont : une dépression secondaire, un trouble anxieux, un isolement affectif, une désinsertion socioprofessionnelle ainsi qu'un abus et une dépendance aux psychotropes et à l'alcool.

- Soit antisociale dont la caractéristique essentielle est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence. Ce trouble se poursuit à l'âge adulte. Ce tableau a aussi été nommé psychopathie, sociopathie ou personnalité dyssociale. Comme la tromperie et la manipulation sont au centre de la personnalité antisociale, il peut être très utile de confronter l'information obtenue par un examen systématique du patient avec celle qui provient de sources extérieures. Son diagnostic clinique comprend : une intolérance à la frustration, une impossibilité à se conformer aux normes sociales, une impulsivité et une hétéro-agressivité sans culpabilité, une indifférence envers les sentiments d'autrui, une instabilité des relations sociales et des troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence. L'évolution et le retentissement d'un trouble de personnalité antisociale sont : un isolement affectif, une désinsertion socioprofessionnelle, un passage à l'acte hétéro-agressif ou transgressif (conséquences médico-légales), un abus et une dépendance aux substances psychoactives et à l'alcool, une atténuation progressive des troubles après 40 ans.

Tandis que les femmes présenteraient davantage de troubles du comportement alimentaire et de pathologie post-traumatique(9).

9. Étiologie

L'étiologie du TPB est complexe et comprend des facteurs environnementaux mais aussi des facteurs génétiques. L'environnement reste un agent causal majeur dans la compréhension du TPB, et ceci a été démontré dans une multitude d'études épidémiologiques de ces dernières années (10), (11), retrouvant des antécédents d'abus dans l'enfance notamment sexuel et/ou d'abandon émotionnel (12). De ces épisodes de vies négatifs associés à leur incapacité réflexive résulteraient des troubles de l'attachement ne permettant pas la formation d'une vision cohérente de soi et des autres(13). Concernant les facteurs génétiques, il a été remarqué une augmentation de la prévalence des troubles et symptômes borderline chez les familles au premier degré de patients atteints de TPB (14). Sur le plan moléculaire, de nombreux arguments supportent l'existence d'une vulnérabilité génétique au trouble borderline. L'interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux semble jouer un rôle particulièrement important dans la genèse du trouble borderline. Les études d'association sont actuellement rares, et les différentes méta-analyses n'ont pas permis d'identifier un gène de susceptibilité pouvant être impliqué dans la genèse du TPB.

10. Description clinique

Les études tendent vers une disparité du TPB tout en conservant une cohésion au niveau clinique. Elles confirment ce trouble et ceci dans diverses perspectives principales telles que la dérégulation émotionnelle, la dérégulation comportementale avec impulsivité et la perturbation identitaire avec trouble des relations interpersonnelles(15),(16),(17) .

Des critères diagnostics précis existent mais une grande hétérogénéité des manifestations se remarque au niveau des symptômes.

La personnalité borderline est définie dans le DSM-V comme "un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des autres avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers ». L'ensemble des critères recouvre les quatre principaux domaines d'expressions de ce trouble de personnalité.

- **Les perturbations des affects** : elles sont marquées par la tendance à la dysphorie, la labilité émotionnelle et le sentiment envahissant de vide. Ces perturbations peuvent s'exprimer sous forme de manifestations de rages intenses et inappropriées, suivies de honte et de culpabilité, contribuant à l'impression par l'individu d'être mauvais. De plus, il existe une extrême sensibilité de ces individus aux facteurs de stress.
- **Les perturbations cognitives** : on retrouve ici des troubles allant de la déréalisation (sentiment que le monde autour de soi n'est pas réel) et de la dépersonnalisation (sentiment de ne pas être soi-même) jusqu'à des hallucinations. On retrouve également des idées de persécutions transitoires. Ces symptômes sont souvent associés à des situations de stress aiguës.
- **Les perturbations des relations interpersonnelles** : elles sont marquées par des craintes d'abandon et entraînent des efforts effrénés pour retenir l'autre dans une relation par exemple. Ces perturbations sont régulièrement associées à des passages à l'acte auto-agressifs.
- **L'impulsivité** : cette dimension est marquée par des comportements sexuels à risque, des automutilations, des troubles du comportement, des troubles addictifs...

a. Perspective catégorielle et dimensionnelle

D'un point de vue catégoriel, 5 critères sur les 9 sont nécessaires pour pouvoir poser le diagnostic de TPB.

La perspective dimensionnelle se baserait sur une évaluation quantitative des traits de personnalité les plus représentatifs au lieu de la présence ou l'absence du diagnostic. Dans ce modèle, les frontières entre les différents troubles de personnalité sont effacés et ainsi les traits de personnalités prototypiques du TPB seraient : *l'anxiété, l'impulsivité, la réactivité émotionnelle, l'anhédonie pessimiste, le besoin d'attachement, les actes auto-agressifs, la dérégulation cognitive et les idées auto-agressives.*

Dans le DSM-V, il a été proposé la réalisation de dimensions qui pourraient permettre une pérennité des diagnostics dans le temps, mais ces approches restent discutées.

La schizotypie, l'antagonisme, l'émotionnalité négative et la désinhibition constituent ainsi quatre des six dimensions principales comprises dans la description dimensionnelle qui correspondent à la personnalité borderline.

b. Les critères DSM-5 du trouble de personnalité borderline

Il existe un 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.

Il est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins **cinq** des manifestations suivantes :

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

c. Diagnostic différentiel

Etant donné la grande diversité du tableau symptomatique du TPB, les diagnostics différentiels nombreux rendent complexes son diagnostic. La connexion avec les troubles thymiques questionne le caractère particulier du trouble limite de la personnalité. Le caractère particulier du TPB a même été questionné par Akiskal du fait de sa connexion avec les troubles de l'humeur notamment avec les troubles thymiques (16). En effet, le trouble de l'humeur le plus proche du TPB est le trouble bipolaire notamment de type deux. L'impulsivité est une caractéristique commune des deux affections (18). Dans un degré moindre, le syndrome dépressif majeur avec des traits atypiques tels que des traits psychotiques peut aussi être délicat à différencier. Devant les symptômes psychotiques, la difficulté diagnostic peut être rencontrée lors d'un épisode bref d'une psychose schizophrénique débutante avec hallucination car en effet, le DSM-5 parle de Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères comme l'un des neuf critères diagnostics. Enfin, il est fréquent pour un patient atteint du TPB de remplir les critères d'un ou plusieurs autres troubles psychiatriques au cours du temps, en effet les comorbidités psychiatriques du TPB sont nombreuses.

d. Évolution et stabilité du diagnostic

On peut noter le grand pourcentage de retour à un fonctionnement « normal » durable (6% de récurrence)(19). Cette perspective d'évolution peut permettre de dissocier le TPB des troubles de l'humeur avec une évolution lente mais stable vers la guérison. Dans une perspective dimensionnelle, les troubles de personnalité semblent beaucoup plus constants ce qui indique que les troubles de personnalité correspondraient à un ensemble de traits inadaptés, durables dans leur forme, mais se modifiant sur leur importance ou leur manifestation dans le temps(20).

Puis, il existe de grandes différences dans la progression des symptômes qui a permis de séparer deux classes de symptômes chez les personnes atteintes de TPB: les manifestations aiguës nécessitant une hospitalisation (pensées quasi psychotiques, automutilations, tentatives de suicides) et les éléments plus stables relevant de facteurs tempéramentaux et persistants comme la colère, l'intolérance à la solitude, le sentiment de vide, la crainte de l'abandon et la méfiance(6).

e. Impact sur le fonctionnement psychosocial

On remarque une particularité concernant les personnes atteintes de TPB. elles présentent un risque accru à la survenue de circonstance de vie négative par rapport aux personnes atteintes d'un autre trouble de personnalité ou un trouble bipolaire(21). En ce qui concerne le suicide, aucune différence significative n'a été retrouvée entre le TPB, le trouble maniaco-dépressif ou une pathologie schizophrénique. Son taux est d'environ 10%(2).

L'amélioration des signes cliniques du trouble de personnalité borderline est associée à une diminution du risque suicidaire, une amélioration de l'hygiène de vie, ainsi qu'à une diminution du risque de survenue de pathologie non psychiatrique(22).

En ce qui concerne le diagnostic du trouble de personnalité borderline chez les adolescents, le DSM-V et la CIM-10 s'opposent car le premier autorise à poser un diagnostic pour les patients ayant moins de 18 ans si ses symptômes persistent depuis plus d'un an permettant d'estimer une prévalence en population générale entre 6 et 18% et le second considère ce diagnostic impossible(7),(23),(24). Malgré tout, la pérennité du trouble borderline est retrouvée à 33%(23) au maximum quand il est diagnostiqué avant 18 ans, ce qui indique une discontinuité de ce trouble entre l'adulte et l'adolescent.

f. Perspective cognitive

Il semble nécessaire que des facteurs biologiques, tels que la sensibilité émotionnelle et l'impulsivité, et des éléments environnementaux résultant en un trouble de la régulation de l'émotion, interagissent pour que le TPB se développe. Cela signifie que le contexte développemental négatif ne permet pas à l'enfant d'acquérir les armes nécessaires pour se confronter à ses émotions selon le modèle biosocial de Linehan.

g. Neurobiologie

Chez le patient borderline, un déficit du circuit fronto-limbique a été mis en évidence ainsi qu'une suractivation amygdalienne lors de l'exposition à des stimuli émotionnels suggérant alors une activité limbique excessive, insuffisamment contrebalancée par une régulation préfrontale elle-même dysfonctionnelle(25),(26).

h. Traitement

Selon les recommandations de l'APA(27) et le NICE(28), le traitement de choix comprend les psychothérapies, notamment la thérapie dialectique comportementale et les psychotropes pour la réduction des symptômes cibles. Il faut privilégier le traitement en ambulatoire sauf pour les cas de cooccurrences quand les dispositifs de crise ou d'hospitalisation de jour ne permettent pas de contenir les passages à l'acte.

➤ Traitement biologique :

Plusieurs classes médicamenteuses ont été étudiées dans cinq méta-analyses pour prendre en charge les symptômes cibles et les comorbidités du trouble borderline : Mercer et al., Nosé et al., Ingenhoven et al., Binks et al, et Lieb et al. Les antipsychotiques, notamment de seconde génération, représentent une des classes médicamenteuses les plus prometteuses en termes d'efficacité avec un apaisement relatif des problèmes interpersonnels, de l'impulsivité, et de la labilité émotionnelle. Les antiépileptiques ont une efficacité sur l'apaisement des problèmes interpersonnels, de l'impulsivité, de la colère, sur l'anxiété et la labilité émotionnelle. Toutefois, ces résultats sont à nuancer par les faibles durées des études, le faible nombre d'études par molécule, et les biais important (29), (30), (31), (32) et (33).

➤ Psychothérapie :

La thérapie comportementale et dialectique possède le plus haut niveau de preuve d'efficacité, notamment concernant son action sur les comportements auto-agressifs. Linehan a défini la thérapie comportementale dialectique (DBT) (34) comme étant un traitement cognitif comportemental complet pour les troubles mentaux complexes et difficiles à traiter. Elle a d'abord été créé pour traiter les patients ayant fait plusieurs

tentatives de suicides puis, a été changée dans le but de traiter les patients aux nombreux troubles dont le TPB. Puis, la DBT a permis de soigner des troubles comportementaux dits intraitables comme le trouble de la maîtrise de ses émotions dont les dépendances aux stupéfiants chez les patients borderline, l'anorexie boulimique ou encore la dépression.

L'étude des attributs majeurs(=dominant) du trouble borderline a permis d'établir les bases de la thérapie DBT : un trouble profond des aptitudes interpersonnelles, du contrôle de leurs émotions, de la résilience au mal et les facteurs innés ou environnementaux étant des freins à utiliser les aptitudes(=capacités) comportementales correspondantes et les conduisent à un dysfonctionnement.

La DBT regroupe des méthodes de base de la thérapie comportementale avec des pratiques de conscience de l'instant présent, résidant dans une vue globale dialectique englobante qui souligne la synthèse des opposés. La dialectique traduit de manière efficace autant les nombreuses tensions qui surviennent lors d'une thérapie avec des patients atteints de troubles borderline aux antécédents de tentatives de suicides que l'accent sur la DBT pour améliorer les modèles de pensée dialectique pour remplacer les pensées rigides. Le changement des patients passe par l'acceptation et la validation de cette thérapie de façon simultanée avec la dialectique fondamentale.

Le chemin menant à l'acceptation dans la DBT comprend un ancrage dans le présent. La DBT contient des méthodes de remaniement qui comprennent l'étude des comportements inadéquats et des stratégies permettant de résoudre les problèmes, en incluant la maîtrise des imprévus, l'acquisition de compétences, de modification cognitive et des stratégies basés sur l'exposition.

La DBT est un traitement complet qui permet d'étendre les possibilités comportementales, d'augmenter l'envie pour le changement, faire que les nouveaux comportements s'intègrent au quotidien, s'assurer que l'environnement de traitement ne soit pas perturbé, renforcer le lien avec le soignant et stimuler le thérapeute à soigner les patients de manière efficace.

Selon Linehan, la DBT standard est séparée en plusieurs fonctions comprenant l'équipe de consultation de thérapeutes, la psychothérapie individuelle, les groupes de formation de compétences et la consultation par téléphone.

Une autre psychothérapie dans la prise en charge du trouble borderline correspond à la thérapie fondée sur la mentalisation développée par Anthony Bateman et Peter

Fonagy à Londres. La notion de mentalisation se réfère à la capacité que l'on a de penser que les comportements d'un individu sont reliés à des éléments psychiques tels que des pensées, des désirs ou des croyances qui lui sont propres et qui sont partiellement opaques. De ce fait, l'interprétation des comportements est sujette à l'erreur et entraîne de nombreux malentendus. Mentaliser, c'est faire preuve de curiosité pour l'état interne de l'autre, aller à sa découverte pour éviter ces écueils. Leur postulat est qu'au centre du TPB se trouve une capacité de mentalisation fragilisée, soit en raison de l'attachement « insécure » de ces patients, ou par des relations précoces qui n'ont pas permis son développement de manière optimale. Ce traitement vise à développer et stabiliser les capacités de mentalisation, en particulier dans les situations chargées d'émotions comme les relations d'attachement.

Les modalités des soins sont proches de la DBT et comprennent : un suivi individuel et de groupe, un plan de traitement et de crise ainsi qu'une consultation de thérapeutes. Cette thérapie a montré une efficacité proche de la DBT.

VI. Comorbidités non psychiatriques

La prévalence du TPB est estimée entre 1 et 5% dans la population(35) (3) (7) et jusqu'à 20% dans la population clinique ce qui en fait le plus important trouble de personnalité en quantité et un problème de santé complexe ayant un coup important pour la société(36). La sévérité de ce trouble est mise en évidence par son association avec d'autre forme de psychopathologie, une déficience fonctionnelle, une utilisation élevée de traitement et une mortalité par suicide(36). De nombreuses études ont montré une association fréquente entre ce trouble et un mauvais état de santé(37). Le TPB peut présenter un défi unique pour les traitements médicaux standards qui ne sont pas généralement développés pour s'adresser à la combinaison complexe des troubles psychiatriques et des problèmes de santé physiques.

De nombreuses études ont montré que le TPB est associé à des comorbidités non psychiatriques ce qui est intéressant pour le suivi de ces patients en médecine générale.

Les troubles non psychiatriques associés au trouble borderline seront dans un premier temps détaillés avec un rappel sur le trouble puis, dans un deuxième temps, le lien avec le trouble de personnalité borderline sera expliqué.

9. Rappel sur les comorbidités non psychiatriques

Au cours du temps, un grand pourcentage de patient atteint d'un TPB continue de souffrir d'épisode de troubles très divers comprenant les troubles de l'humeurs, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation et les troubles liées à une substance. Plus spécifiquement, le syndrome dépressif majeur, le trouble dysthymie, le trouble panique, le stress post-traumatique et les troubles de l'alimentation sont les plus présents. Il est fréquent pour les patients borderline de remplir les conditions d'un ou plusieurs troubles. Mais, lorsque les patients atteints de trouble borderline entrent en rémission, le pourcentage de patients atteints de ces troubles diminue concomitamment. De plus, plus spécifiquement, l'absence de trouble lié à une substance est un facteur prédictif positif de rémission. Cela peut s'expliquer facilement

par le fait que ce trouble peut mener à une aggravation de la psychopathologie du patient borderline, c'est-à-dire, une baisse de l'humeur, une augmentation de la méfiance, de l'impulsivité et des troubles relationnels (40). De nombreuses études ont trouvé des comorbidités psychiatriques appartenant à la famille des troubles de personnalité chez des patients atteints de TPB (1-4) comprenant le trouble de personnalité paranoïaque, évitante, et dépendante. L'étude de Links et al. a trouvé que les patients atteints de trouble borderline en rémission avait significativement moins de chance de remplir les critères d'un autre trouble de la personnalité comparativement aux patients n'étant pas en rémission, et plus particulièrement pour le groupe des troubles anxieux. L'étude de Zanarini et al. a montré que les comorbidités comprenant d'autres troubles de personnalité déclinait au cours du temps pour les patients borderline qu'il soit ou non en rémission avec comme exception les troubles de personnalités évitante, dépendante, et masochiste (self-defeating) qui restent fréquentes parmi les patients n'étant pas en rémission. De plus, il est apparu que l'absence de comorbidité appartenant aux troubles de personnalité du groupe anxieux était un facteur prédictif positif de rémission du trouble borderline. En effet, l'absence de trouble de personnalité évitante, dépendante et masochiste (self defeating) augmentait les chances de rémissions (41).

10. Obésité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. En France, 6,5 millions de personnes sont considérées comme obèses (soit 14,5% de la population adulte) et ces chiffres sont en constants augmentation avec un gain de 6 points en 10 ans. Cette augmentation touche toutes les tranches d'âges et plus particulièrement le sexe féminin. L'obésité et le surpoids sont des facteurs de risques de décès importants dans le monde (38). La mesure la plus utilisée pour évaluer le surpoids ou l'obésité est l'indice de masse corporelle chez les adultes qui correspond à un rapport du poids sur la taille : kg/m². Les valeurs pathologiques sont pour le surpoids une valeur de l'IMC supérieur ou égal à 25kg/m² et pour l'obésité, une valeur supérieur ou égal à 30kg/m². Mais il est a noté le caractère

approximatif de cette mesure car l'IMC ne se rapporte pas à un pourcentage de masse graisseuse selon les personnes(39).

L'obésité apparaît comme étant un syndrome déterminé d'une part par la génétique et d'autre part par l'environnement. Les troubles de la personnalité peuvent aussi jouer un rôle unique dans l'obésité. L'impulsivité est une caractéristique essentielle du trouble de la personnalité borderline. Le DSM-5 décrit le trouble de personnalité borderline comme un modèle largement répandu d'instabilité marqué par une impulsivité marquée. Le DSM-5 dispense l'exemple de trouble boulimique et affirme ainsi une association nette entre les troubles spécifiques de personnalité et les troubles boulimiques(40).

a. Relation entre le trouble de personnalité borderline et les troubles de l'alimentation

Il a été trouvé une association entre les traits du trouble de personnalité et le trouble de l'alimentation(41). Par exemple, dans l'anorexie mentale de type boulimique qui est caractérisée par une impulsivité marquée, le TPB, qui présente ce trait, est le trouble de personnalité le plus fréquent. Dans une revue systématique de littérature de neuf études sur l'association des troubles de personnalités avec les troubles de l'alimentation, le TPB est le trouble le plus fréquent (environ 25%)(42).

b. Personnalité borderline et boulimie

Des preuves en faveur d'un modèle d'alimentation de type impulsif parmi les individus atteints d'obésité semblent fréquemment résider parmi la littérature dans les boulimies. Les caractéristiques cliniques du comportement des patients atteints de boulimies dans ce trouble ressemblent à celui rencontré dans l'anorexie boulimique sans comportement compensatoire pour contrer l'épisode de calorie massive ingéré durant l'épisode. Selon l'étude de Bunnell et Walsh, et Wilfey et Hudson , la prévalence de la boulimie dans cette communauté atteint 5% , dans les cliniques spécialisées dans la perte de poids 30% , et dans celle comprenant un BMI > ou= à 40 jusqu'à 50%(43) (40).

La boulimie est le trouble alimentaire le plus fréquent et, contrairement au trouble alimentaire traditionnel, un nombre important d'homme en est atteint avec un sexe ratio femme/homme à 3/2(43) (40). Dans une revue de littérature de 5 études réalisées en 2000 comprenant 482 individus, le taux de prévalence du trouble de personnalité borderline parmi les échantillons variés d'individus atteints de boulimie varie de 6 à 30%. Le taux de personnalité borderline était constamment plus haut dans l'échantillon avec boulimie que dans l'échantillon de contrôle(44).

En conclusion, cette collection d'étude suggère que le taux de personne atteinte d'un trouble de personnalité borderline parmi les individus atteints de boulimie est généralement plus haut que le taux rencontré dans les échantillons de la population générale.

c. *Personnalité borderline parmi les individus atteint d'obésité*

De nombreuses études ont examiné le taux de prévalence du TPB parmi les individus obèses. Parmi celles-ci, une revue de littérature systématique de 9 études, comprenant 639 individus provenant de classes économiques variées et principalement des femmes, retrouve un taux de prévalence du TPB qui varie entre 2.2 et 94.1%. Après avoir fait la moyenne de tous ces pourcentages, 26.9% des participants remplissaient les critères pour un trouble de personnalité borderline(40). Un autre fait important est que dans 5 études sur 9, les participants étaient recrutés dans un service de chirurgie bariatrique et cela rend possible le biaisement des réponses car il est possible qu'un pourcentage significatif des candidates ne reporterait pas des informations comme des idées suicidaires, des addictions ou des autres comportements notamment auto-agressifs pendant la phase d'évaluation psychologique par peur de ne pas être qualifié pour la chirurgie. Tout cela pourrait faire que l'on sous évalue le taux de prévalence réel du TPB chez les personnes atteintes d'obésité(40). Tandis que les hommes en surpoids étaient moins susceptibles de rencontrer des critères pour un trouble de personnalité multiple, les femmes en surpoids étaient plus susceptibles de rencontrer ces critères(45). Dans un échantillon de 1064 participants dans la communauté de SAINT LOUIS évalué par un entretien clinique, un IMC élevé était associé avec une sévérité plus grande du trouble borderline(46). Concernant la prévalence de l'obésité chez les individus atteints de TPB, l'étude MSAD a suivi 264 patients atteints de TPB. La prévalence est passée de

17% à 28% sur les 6 ans du suivi. Sur un sous-ensemble comprenant 210 patients qui ont complétés le suivi pendant 10 ans, l'IMC a été associé avec les symptômes du TPB ainsi qu'avec de moins bons résultats psychosociaux au cours du temps. Toutes les augmentations de 5 points sur l'IMC étaient associées à une plus grande probabilité de survenue d'une multitude de complications médicales en relation avec un surpoids (score $z=5.48$), d'une consultation aux urgences (score $z=8.68$) ou d'hospitalisation pour une pathologie non psychiatrique (score $z=4.46$) (47). De plus, la présence d'un trouble de personnalité au début de l'âge adulte permettrait de prédire un plus grand risque de survenue de boulimie, d'anorexie, d'obésité ou un trouble de l'alimentation à l'âge de 33 ans(48).

d. Association temporelle : relation contributoire

Parmi les études disponibles, il apparaît que le trouble de personnalité borderline est relativement rare parmi les troubles alimentaires de type restrictifs et omniprésent dans les troubles alimentaires marqués par l'impulsivité. Généralement, les troubles de personnalité précèdent les troubles alimentaires. Partant de ce postulat, le TPB fonctionne comme un facteur de risque parmi d'autre dans l'évolution d'un type particulier de trouble alimentaire comme l'obésité ou l'anorexie mentale de type boulimique par exemple. Ces troubles alimentaires sont plurifactoriels et leurs étiologies ne peuvent pas se résumer à un trouble de personnalité, mais comme l'un des facteurs contributoires pour un trouble alimentaire de type impulsif. Devant le problème de santé publique qu'est devenu l'obésité, il est crucial de comprendre la relation entre l'obésité et les autres troubles en cause ainsi que les différents facteurs intervenants. Ainsi, les troubles de personnalité influencent les troubles alimentaires alors il est logique de constater que les troubles de personnalité de type restrictifs sont les plus présents dans les troubles alimentaires de type restrictifs et les troubles de personnalité de type impulsifs sont les plus présents dans les troubles alimentaires de type impulsifs (40). En conclusion, le TPB apparaît être présent chez une minorité significative d'individus obèses et, est probablement un facteur contributoire dans l'initiation et le maintien de l'obésité.

11. Douleur

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » dans l'international Association for the Study of Pain. Elle est personnelle et ne peut être décrite que par la personne qui en souffre. La douleur chronique est un syndrome aux dimensions multiples quelle que soit sa localisation et son intensité. Elle persiste ou réapparaît inhabituellement de ce qui est prévu initialement pour l'étiologie responsable, dont le traitement n'est pas assez efficace, ou qui a un impact négatif significatif sur les fonctions et les relations du patient atteint(49).

Le trouble borderline est caractérisé par une instabilité sur différents niveaux des affects avec une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent de tristesse, d'anxiété, de tension et d'irritabilité et les patients montrent des problèmes pour maîtriser leurs émotions notamment la colère. Pour 7 à 8 patients sur 10, de terribles douleurs psychologiques entraînent des passages à l'acte auto-agressif répété (50). Cinq à six personnes atteintes de trouble de personnalité borderline sur dix expliquent leurs gestes par une insensibilité lors de leurs comportements auto-agressifs(51) et une libération de leur douleur psychologique(52). Puis, il a été remarqué un grand pourcentage de personnes présentant à la fois un trouble de personnalité borderline et des douleurs chroniques ce qui permettrait d'appréhender les douleurs dans son ensemble.

a. Hypoalgésie aiguë

Il existe une diminution de la sensibilité lors de stimulus douloureux physique aigus chez les personnes présentant un trouble de personnalité borderline qui s'exprime par un seuil douloureux plus élevé et une résistance plus importante à la douleur quel que soit la caractéristique de stimulus douloureux(53) (54).

L'étude des nerfs périphériques par Schmahl et al. permet d'affirmer l'absence d'anomalie de ces voies nerveuses et que, au contraire, il a été remarqué que le seuil de détection douloureuse était plus élevé par rapport à ceux des sujets témoins(55).

Un ensemble d'hypothèses ont été émises pour l'expliquer. La première suppose que le caractère dissociatif du trouble s'apparie à une résistance plus élevée à la douleur(54), car, en effet, un lien a été retrouvé entre le seuil de douleur et le degré de dissociation chez les individus atteints de TPB(54). La réplication de ces résultats n'ayant pas toujours été possible(56), mais lorsque ces symptômes sont contrôlés, cela ne s'accompagne pas d'une diminution du seuil douloureux(50). La deuxième se fonde sur la survenue d'un dérèglement opioïdérique basale secondaire à la survenue de gestes auto-agressifs répétés permettant d'imaginer une sensibilisation de ce système(57). La troisième, émise par Stanley et al. s'oppose à cette dernière en évoquant une diminution du fonctionnement opioïde basale compensé par l'association d'une sensibilité plus élevée des récepteurs μ -opioïdes. Ce système nécessitant un stimulus douloureux transitoire pour être régulé (58) (59). Il a été retrouvé une modification du gène régulant l'attachement et la perception de la douleur physique chez les personnes atteintes de trouble de personnalité borderline. Il s'agit du polymorphisme A118G du gène OPRM-1 codant pour les récepteurs μ -opioïdériques(59).

b. Intolérance à la douleur chronique

L'étude de Sansone et al. a démontré qu'il existe une corrélation entre la douleur chronique et le trouble de personnalité borderline. En effet, une personne sur deux traitée en soin primaire pour une douleur chronique remplirait les critères diagnostiques de ce trouble(60) et cela peut s'expliquer de diverses façons. En effet, les enfants témoins de violence présentent une prédisposition à la survenue de douleur chronique (61) or ce type de vécu est souvent rencontré chez les individus souffrant de TPB. Ensuite, la douleur chronique peut être liée à un trouble de régulation des émotions(62) qui est également présent dans le TPB. Cela complique le traitement avec en particulier la prescription d'antidouleur car les patients atteints de trouble de personnalité borderline présentent fréquemment des problèmes de troubles d'addictions de l'ordre de 15%(63).

Les individus avec une douleur chronique tirés de la deuxième partie de l'étude transversale National Comorbidity Survey Replication (NCS-R part 2) comprenant 5692 individus ont des traits borderline quand la personnalité est évaluée de manière semi-structurée avec l'IPDE par rapport aux individus sans douleur chronique. Mais

aucun modèle n'émerge quand on prend le type de douleur chronique séparément comme les dorsalgies ou les cervicalgies(64). L'IPDE ou "International Personality Disorder Examination" de Loranger et OMS (1994) (adaptation française Dr PULL) est une interview clinique semi structurée compatible avec l'ICD-10 et le DMS-V (semi-structuré signifie que les questions sont complétées par l'expert). De plus, d'après l'échantillon du NCS-R, les résultats montrent que des antécédents de plaintes de douleurs telles que des douleurs articulaires, des céphalées, et des douleurs rachidiennes entre autres prédisent un niveau plus élevé de symptômes du trouble borderline, même après contrôle des variables démographiques pertinentes et des symptômes psychopathologiques (65).

Les recherches ont identifié une association entre le trouble de personnalité borderline et la douleur chronique. Par exemple, des études ont trouvé que les symptômes du trouble borderline étaient corrélés avec des crises de migraines(66), une préoccupation somatique chez les patients souffrant de douleur(60), et ont une prévalence élevée en médecine ambulatoire de l'ordre de un patient sur cinq (67). En outre, parmi les patients souffrant de migraines sur une population de cent individus, les diagnostics de trouble de personnalité borderline étaient associés avec la sévérité et l'invalidité de la migraine car les individus souffrant de trouble borderline représentant la moitié de la population étudiée rapportaient trois fois plus d'incapacité fonctionnelle due aux symptômes de migraine comparés aux individus sans trouble borderline (68). Une seule étude a montré que le trouble borderline était l'un des troubles de personnalité les plus souvent diagnostiqués dans un échantillon de patients souffrant de douleur chronique (26% pour une population de 43 individus) (69).

Les patients souffrant de migraines et ayant un trouble de personnalité borderline ont trois fois plus de consultations médicales imprévues pour traiter des crises que les individus souffrant de migraine uniquement (68).

c. Hypersensibilité à la douleur sociale

La douleur sociale est définie comme l'expérience négative résultant de l'atteinte réelle ou non des relations sociales d'un individu ou de sa valeur sociale (rejet, exclusion, perte) ce qui permet d'y inclure le trouble de personnalité borderline car il comprend une peur d'être abandonné et exclu par les autres(70).

Le cyberball game est un paradigme (manière d'utiliser des techniques et des exemples propres à chaque problème) validé d'exclusion sociale(71). Le patient atteint de TPB joue à un jeu virtuel avec deux autres joueurs gérés par l'ordinateur et il sous-estime son implication par les autres joueurs au jeu. Lors de ce test, il est retrouvé chez les personnes souffrant de trouble de personnalité borderline une détresse sociale plus importante(72) permettant d'affirmer qu'elle est liée à une plus forte impression d'exclusion(73) et de douleur sociale. Les abus dans l'enfance, antécédent présent chez de nombreux patients atteints de trouble de personnalité borderline, entraînent le développement d'un sentiment d'insécurité lors de leurs relations interpersonnelles et provoque la survenue d'une impression de rejet sociale(74) (75) car les mauvais traitements chez les enfants contribuent fortement à l'apparition d'un attachement insécuré et les patients atteints de TPB ont des difficultés à déchiffrer les émotions des autres.

En conclusion, il existe une intrication majeure entre le trouble de personnalité borderline et la douleur, où cette dernière est présente sous de nombreuses dimensions à la fois sociale, physique et psychologique, et qui pourrait être secondaire à un trouble de fonctionnement neurobiologique : système opioïdérique et circuits fronto- limbique, permettant de nouvelles perspectives quant au traitement ou à la connaissance du trouble de personnalité borderline mais étant donné la spécificité de ces études avec les troubles de personnalité borderline, il n'est pas possible de déterminer si ce sont les troubles de personnalité borderline ou les troubles de personnalité de manière générale qui sont associés avec les douleurs et leurs détériorations. Ainsi, il est nécessaire d'étudier les relations entre la douleur chronique et les autres troubles psychiatriques pour trouver les spécificités du trouble de personnalité borderline(76).

12. Trouble du Sommeil

Le sommeil est un état physiologique s'opposant à l'éveil, mettant en jeu des mécanismes cérébraux contrôlant le rythme jour/nuit, la quantité et la qualité du sommeil. Le sommeil est composé d'une phase lente et d'une phase paradoxale avec respectivement des activités cérébrales lente et intense. Elles composent ensemble un cycle d'une durée de 90 minutes en moyenne se succédant 4 à 5 fois par nuit. L'alternance veille/sommeil est influencée par des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux. Le sommeil est un acteur important du développement cérébral et notamment de l'apprentissage et de la gestion des émotions. Les troubles du sommeil ont été liés avec l'augmentation de troubles métaboliques comme le diabète et l'obésité.

Les troubles de personnalité sont relativement communs parmi les patients souffrant de trouble du sommeil(77). Cinq études se sont penchées sur les troubles du sommeil parmi les individus présentant un trouble de personnalité borderline (78), (79), (80), (81) et (82). Dans l'étude de Semiz et al. comprenant 88 sujets, les patients borderline se décrivent eux-mêmes comme ayant une mauvaise qualité de sommeil en comparaison au groupe témoin (95,5% contre 12%) (82). En outre, les patients borderline reportent un plus grand nombre de rêves de types anxieux par rapport au groupe contrôle et parmi le groupe de patients borderline, ceux qui avaient des cauchemars étaient cliniquement plus sévère (antécédent d'abus dans l'enfance, sans emploi, automutilation, niveau scolaire bas) que les patients borderline sans cauchemar.

L'étude d'Assad et al. utilise des outils de mesures subjectifs et objectifs pour comparer la qualité de sommeil de 40 patients séparés en deux groupes égaux. Les patients borderline ont montrés une qualité de sommeil comparable et même quelquefois meilleure comparé au groupe contrôle composé de patients souffrant de dépression (78). L'étude de Bastien et al. comprenait trois populations différentes: 12 patients borderline, 30 patients souffrant d'insomnie et 15 patients considérés comme ayant une bonne qualité de sommeil. Elle utilisait aussi des outils de mesures subjectifs, comprenant notamment des monitorings et des questionnaires quotidiens, et objectifs d'évaluation du sommeil. Les patients borderline ont reporté des troubles du sommeil comparable et ont aussi mis en évidence un niveau similaire de latence d'apparition

du sommeil, temps de sommeil et efficacité du sommeil dans le laboratoire comparativement au patient souffrant d'insomnie (79). Dans l'étude de Selby basée sur les données épidémiologiques provenant de la NCS-R comprenant une population de 5692 individus, les symptômes du trouble de personnalité borderline étaient associés de manière significative avec des plaintes concernant les difficultés à l'initiation du sommeil, des difficultés au maintien du sommeil, un réveil plus tôt que désiré ainsi que des conséquences négatives du mauvais sommeil(81). L'étude longitudinale de la Mclean Study of Adult Development (MSAD), première étude prospective financée par le national institute of mental health, comprenait un échantillon de 290 sujets borderline qui étaient suivis sur 16 années pour étudier l'évolution et l'incidence du TPB. Les patients borderline en rémission de cette étude, au nombre de 105, ont décrit une plus courte latence de sommeil, moins de dysfonction dû à la fatigue par rapport aux patients borderline au nombre de 118 (80), (83).

En conclusion, ces données suggèrent que lorsque les symptômes du trouble de personnalité borderline s'améliorent, les problèmes de troubles du sommeil peuvent aussi s'améliorer. Les troubles du sommeil sont assez communs parmi les patients borderline.

13. Syndrome métabolique

Des liens ont été retrouvés dans certaines études entre le trouble de personnalité borderline et des déficiences physiques notamment avec des risques cardiovasculaires augmentés, de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle (1), (22), (37) et (84). Le syndrome métabolique est un facteur de risque important pour le développement de coronaropathie et de diabète de type 2, étant aussi associé avec une augmentation du risque de maladie cérébro-vasculaire et de la mortalité toutes causes confondues. Le syndrome métabolique a été défini en accord avec les critères de l'association de cardiologie américaine et les instituts nationaux de cardiologie, de pneumologie et d'hématologie. Il nécessite la présence de 3 des 5 critères suivants : circonférence abdominale supérieur à 102 cm pour les hommes et 88cm pour les femmes, triglycérides supérieurs à 150mg/dl, HDL inférieur à 40mg/dl pour les hommes et inférieur à 50mg/dl pour les femmes, tension artériel supérieur à 135mmhg

en systolique ou 85mmhg en diastolique, et glycémie à jeun supérieur à 100mg/dl ou connaissance d'un diabète connu.

L'étude Kahl et al en 2012(85) avait pour but d'examiner la prévalence du syndrome métabolique chez les patients avec un trouble de personnalité borderline au nombre de 135 en comparaison avec une population témoin comptant 1009 individus en prenant en compte les comorbidités psychiatriques et les traitements pris à partir d'un groupe témoin sélectionné dans la population ayant participé au projet du risque cardiovasculaire et métabolique allemand qui est un échantillon national de sujet vu en soin primaire pour le calcul de la prévalence du syndrome métabolique. Les patients atteints de TPB étaient similaires en termes d'indice de masse corporel mais différent en termes d'âge et de triglycéridémie par rapport à l'échantillon témoin.

Les résultats indiquent que les patients atteints de TPB ont une prévalence de syndrome métabolique rapportée à l'âge plus élevée en comparaison à l'échantillon témoin de sujets en soins primaires vivant dans la même région malgré un indice de masse corporel similaire. Plus spécifiquement, concernant les critères du syndrome métabolique, il a été retrouvé que : l'hypertension artérielle était le critère le plus prévalent mais aucune différence significative entre les deux groupes n'a été mise en évidence, l'augmentation du périmètre abdominal (41.6 vs 25.5%) et l'intolérance au glucose (28.7 vs 7.7%) étaient significativement plus prévalent dans le groupe TPB par rapport au groupe témoin, et l'hypertriglycéridémie était significativement plus fréquente mais uniquement dans le groupe TPB de sexe féminin. La question qui est apparue lors de cette étude était de savoir si c'était le TPB qui était associé avec le syndrome métabolique ou si c'était les facteurs souvent associés au TPB comme les comorbidités non psychiatriques, les habitudes de vies ou encore les causes iatrogènes qui en étaient la cause. Ainsi, Il a été retrouvé plusieurs facteurs associant les deux en dehors des facteurs de risques classiques que sont l'indice de masse corporel augmenté et un plus grand âge.

Parmi les affections psychiatriques comorbides, le trouble d'hyperphagie boulimique (26.7 vs 1.9%), la dysthymie (56.7 vs 31.4%), le trouble panique, la double dépression (43.3 vs 21%) et la dépendance aux benzodiazépines sont associés de manière significative avec le syndrome métabolique chez les patients borderline. Aucune relation n'a été retrouvée avec le syndrome dépressif majeur seul malgré les résultats contraires retrouvés dans les études de Kahl et al. de 2011 et de Richter et al. de 2009.

La première portant sur la prévalence du syndrome métabolique chez 230 individus atteints de syndrome dépressif en comparaison à une population de 1673 patients admis aux urgences retrouvant une prévalence 2,4 plus importante dans la population cible (86). La deuxième recherchait la possible relation entre la sévérité du syndrome dépressif avec la sévérité du syndrome métabolique en étudiant 60 individus souffrant de syndrome dépressif et il a été retrouvé que chez les patients atteints également de syndrome métabolique, l'évolution favorable du syndrome dépressif avait un effet bénéfique sur leur syndrome métabolique (87).

Le traitement par benzodiazépine peut être associé avec un risque augmenté de syndrome métabolique du fait de ses propriétés sédatives interagissant de manière négative avec le niveau d'activité physique et de ses effets sur la régulation de l'appétit favorisant une prise de poids en augmentant l'appétence pour la nourriture. Ensuite, il a été retrouvé une association entre les antipsychotiques de seconde génération que sont la clozapine, l'olanzapine et la quetiapine avec le syndrome métabolique chez le patient TPB.

Il a été retrouvé une tendance à associer un faible degré d'activité physique avec le syndrome métabolique chez les patients borderline. Cela peut être liée à l'utilisation d'un seul score permettant cette mesure et au faible nombre de patient inclus car il existe un lien important entre le niveau d'activité physique et le syndrome métabolique qui a été retrouvé dans les autres études.

D'autres mécanismes peuvent entrer en compte comme l'augmentation du volume de graisse abdominale retrouvée de manière significative chez les sujets de sexes féminins du groupe TPB. En outre, une dérégulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien a été observée chez les patients borderline. Il semble alors qu'une variété de facteur dans le contexte du TPB peut influencer le risque de développement d'un syndrome métabolique. Ces facteurs incluent un mode de vie malsain, la comorbidité psychiatrique, le traitement pharmacologique, le trouble endocrinien, et le facteur immun.

Une des limitations de l'étude est le faible nombre de sujet mâle.

En conclusion, l'étude retrouve des preuves d'une association entre une plus grande prévalence de syndrome métabolique chez les patients borderline et des facteurs importants pour le risque cardiovasculaire et la mortalité en comparaison avec le groupe témoin. Cette étude supporte les résultats d'autres études montrant que les

patients atteints de trouble de personnalité borderline ont une santé physique détériorée.

14. Problèmes de santé chronique

Les patients dont le trouble de personnalité borderline n'est pas en rémission ont un plus haut taux d'utilisation des services de santé (22) et sont plus susceptibles d'être sous prescription d'opioïdes (88). De plus, le cancer, les dorsalgies, l'arthrite et la fibromyalgie augmentent la probabilité d'utilisation d'opioïde par les patients souffrant de trouble borderline. Le trouble de personnalité borderline a un taux élevé de comorbidité avec plusieurs problèmes de santé chroniques. Par exemple, dans un échantillon épidémiologique d'habitants de Saint Louis de 1051 sujets, les traits du trouble de personnalité borderline étaient associés avec l'arthrite (OR=2.67) et l'obésité (OR=2.61) même après ajustement des caractéristiques démographiques, des troubles psychiatriques, et tout autre trouble de personnalité diagnostiqué autre que le trouble borderline (89). Des données similaires émergent du NESARC(national epidemiologic survey on alcohol and related conditions) avec 34653 sujets, la présence d'hypertension (OR=1.46), d'athérosclérose (OR=0.46), d'hépatite (OR=2.80), de maladie cardiovasculaire (OR=1.68), d'arthrite (OR=1.56) et d'ulcère gastrique (OR=1.46) avaient une plus grande probabilité d'être associé avec le trouble de personnalité borderline même après ajustement des caractéristiques démographiques et psychopathologiques (1). L'association d'une pathologie avec le trouble de personnalité borderline augmentait le risque d'une faible qualité de vie ainsi qu'une augmentation de tentative de suicide en comparaison avec le trouble de personnalité borderline seule. En confirmation des précédentes études, il a été retrouvé un lien entre le trouble de personnalité borderline et un mauvais état physique. La prévalence retrouvée dans cette étude est importante en comparaison aux précédentes études (5.9%) mais celles-ci étaient réalisées avec de petits échantillons et en situation clinique uniquement. Certains résultats confirmaient les résultats précédents comme la relation entre l'arthrite et le TPB mais contredisaient la relation entre le TPB et la douleur chronique, le TBP et l'obésité et l'AVC et le TPB mais celles-ci n'étaient pas ajustées aux autres pathologies psychiatriques qui sont fréquemment

associées avec le TPB. De plus, dans une étude nationale de 8580 adultes au Royaume-Uni, après un ajustement démographique et des facteurs de confusion liés aux problèmes de santé, les troubles de personnalité borderline étaient associés aux AVC (OR=8.5) et aux maladies cardiaques ischémiques (OR=7.2) (84). Ces études épidémiologiques fournissent des arguments pour soutenir le lien unique qu'entretiennent le trouble de personnalité borderline et les problèmes de santé chroniques même après ajustement sur la présence d'autres troubles de personnalité.

Dans l'étude longitudinale MSAD comparant des 200 patients ayant déjà présentés à un moment une rémission et 64 patients n'ayant jamais présentés de rémission de leur TPB, il a été démontré que les patients n'ayant jamais présentés de rémission ont une probabilité significativement plus grande d'avoir un problème de santé chronique (obésité ($p=0.026$), arthrite ($p=0.025$), hypertension ($p=0.028$), dorsalgie ($p<0.001$), incontinence urinaire ($p<0.001$) et la fibromyalgie ($p=0.049$)) (22). Durant les seize années de suivi de cet échantillon, les patients suivis n'étant pas en rémission de leur TPB avaient plus de probabilité d'avoir été diagnostiqué d'un problème de santé chronique comparé à ceux qui s'étaient remis ($p<0.0063$), d'avoir adopté des mauvaises habitudes de vie (un tabagisme actif important, une alcoolisation, une addiction aux antidouleurs) ($p<0.0083$) et un coût pour la société plus important ($p<0.0063$) (90).

Qu'il existe une relation causale entre ces variables reste inconnu, cependant, plusieurs possibilités peuvent être considérées. Une relation de cause à effet peut être envisagée entre le TPB et un antécédent comme par exemple l'ulcère gastrique qui est sensible au stress et qui peut être associé au TPB. Ensuite, une relation indirecte peut aussi exister et être comprise en termes de mauvaises habitudes de vie comme le tabagisme, l'alcoolisme et les addictions médicamenteuses, toutes étant des facteurs de risques pour de nombreuses pathologies. **Ces études soulignent l'importance d'une expérience psychiatrique pour les non psychiatres à cause de la tendance à ne pas rechercher de comorbidités psychiatriques en présence des autres problèmes de santé et inversement. Ces études mettent l'accent sur l'importance de rapprocher les troubles psychiatriques et physiques et intégrer une approche du corps entier pour l'évaluation et le traitement.**

15. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les IST sont un problème de santé public. Les symptômes de ses infections sont parfois insidieux ce qui explique leurs incidences sur la santé sexuelle et reproductive des populations. Les IST sont contractées le plus souvent par un contact cutané lors d'un rapport sexuel vaginal, anal ou oral mais la contamination peut aussi se faire lors de transfusions sanguines que ce soit à but médical, ou par échange de seringue usagée lors d'usage de drogue ou encore elles peuvent aussi se transmettre par la mère durant la grossesse ou l'accouchement. Le rapport de l'OMS sur ces infections nous rappelle que les IST comptent plus de trente virus, parasites ou bactéries différentes dont huit sont les plus fréquentes comprenant 4 infections curables : la chlamydie, la syphilis, la trichomatose et la gonorrhée et 4 infections incurables : le VIH, l'hépatite B, le papillomavirus humain et l'herpès. L'un des principaux traits des patients TPB est l'impulsivité ce qui peut être un facteur favorisant les comportements à risques notamment sexuels. Il a été retrouvé dans l'étude de Chen et al. , menée sur 184 sujets atteints de TPB pour comparer le taux d'IST dans le groupe souffrant également d'addiction aux drogues par rapport à ceux ne souffrant uniquement de TPB, que les taux d'IST chez les patients souffrant de TPB étaient plus haut que ceux de la population générale et cette différence était plus importante quand le TPB était associé à un usage de drogue. Aussi, elle a mis en évidence une plus grande prévalence des IST chez les sujets TPB en comparaison avec les données en population générale que ce soit pour la gonorrhée (14.04% vs -0.5%), l'herpès génital (12.36% vs -0.3%), la syphilis (2.81% vs -0.0002%) et l'HPV (15.78% vs 0.6 à 0.8%) (91). Trois études ont porté sur les liens entre le VIH et le TPB. Dans l'étude de Hansen et al. portant sur 268 adultes séropositifs au VIH, le TPB était prévalent (29.8 vs 18.4%) chez les sujets de sexe féminin (92). Egalement, dans l'étude de Palmer et al. portant sur un échantillon de 107 patients positifs au VIH toujours sous méthadone dans le Bronx qui étudiait les facteurs sociaux ou psychiatriques sur l'observance thérapeutique du traitement anti-VIH, la prévalence du trouble de la personnalité borderline était significative de l'ordre de 37% et le TPB était associé de manière significative avec ce défaut d'observance (93). Dans l'étude de Bennett et al. comptant 28301 sujets menée sur le statut des patients suivis dans des urgences psychiatriques concernant leur positivité au VIH et leurs symptômes psychiatriques, après l'ajustement sur le sexe, l'âge et la race, il a été retrouvé que les patients VIH+ au

nombre de 1178 étaient plus susceptibles d'être atteints d'un trouble de la personnalité borderline (OR=2.1) (94). Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude du NESARC comptant 34653 sujets en mettant en évidence que les maladies vénériennes (OR=1.83) étaient associés avec un plus grand risque d'être atteints d'un trouble de personnalité borderline même après ajustement des caractéristiques démographiques et des pathologies psychiatriques (1). Cette même étude retrouve que 42% des sujets souffrant de TPB ont présenté à un moment de leur existence une dépendance à l'alcool et pour 18% une addiction aux drogues. Ces résultats permettent d'entrevoir l'une des causes qui pourrait expliquer le lien entre le TPB et les IST. En effet, des épisodes d'intoxication importants et soudains apparaissent lors de crises faisant suite à des conflits ou des risques d'abandon. Ces intoxications massives peuvent entraîner des conduites autodestructrices comme les conduites sexuelles à risque et le manque de prévention contre les contaminations par échange de seringue souillées par exemple (95). Une autre explication pourrait aussi être le fait que les comportements sexuels impulsifs sont fréquents parmi les femmes atteintes de TPB de l'ordre de 46% dans l'étude de Hull et al. sur 71 patientes hospitalisées diagnostiquées de TPB (96), ces femmes rapportaient avoir eu des relations sexuelles avec des personnes qu'elles ne connaissaient pas bien mais malheureusement, il n'y avait pas de groupe témoin pour comparer ces résultats.

16. Mécanismes potentiels

L'étude des mécanismes biologiques et comportementaux potentiels qui pourraient expliquer l'association entre le trouble de personnalité borderline et les problèmes de santé est une étape importante à franchir sur le terrain car cela va aider à améliorer les soins pour une population, qui comme précédemment mentionné, à un coût important pour le système de santé. La vulnérabilité biologique peut inclure la possibilité que les TPB soient liés avec la propension à souffrir de certains types de problèmes de santé comme les troubles métaboliques et les maladies inflammatoires. Les facteurs comportementaux entraînent une exacerbation de ses vulnérabilités biologiques et comprend aussi les comportements à risques qui ont un impact direct, par exemple, sur les systèmes cardiovasculaires, métaboliques (boulimie, intoxication

tabagique et consommation de drogue) et infectieux (IST). Ensuite, les facteurs environnementaux (sociaux) peuvent comprendre de nombreuses variables comme un faible accès aux soins (partiellement dû à la stigmatisation et la faible compréhension de ces problèmes) et le pauvre fonctionnement social et occupationnel. En plus des facteurs comportementaux influençant les problèmes de santé chez les personnes atteintes de TPB, les écrits tendent à montrer que plusieurs vulnérabilités biologiques sont associées avec le trouble de personnalité borderline dont le syndrome métabolique qui est caractérisé par l'association de l'obésité, de l'hypertension artérielle et l'intolérance au glucose. Bien qu'une vulnérabilité biologique au syndrome métabolique puisse caractériser les troubles de personnalité et plus particulièrement le trouble borderline, il est tout aussi possible que les comportements ayant un impact négatif sur la santé associés avec les troubles de personnalité augmentent le risque de ce syndrome (un trouble de l'alimentation de type boulimique, une difficulté à établir ou à maintenir un régime, un problème d'addiction).

Un autre potentiel facteur de vulnérabilité biologique identifié est en rapport avec les dysfonctions androgènes. L'étude de Roepke et al. (97) a examiné en 2010 les dysfonctions androgènes et la présence des ovaires polykystiques chez 31 patients borderline comparativement à un échantillon témoin de 30 individus. Ces pathologies ont été associées avec l'obésité et d'autres problèmes de santé. Un pourcentage élevé de patients atteints de TPB avait des ovaires polykystiques comparé au groupe témoin (30.4% vs 6.9%) ainsi qu'un IMC plus élevé, un plus haut taux de testostérone libre d'androstènedione et de prolactine. Les patients borderline avec des ovaires polykystiques ne différaient pas avec les autres patients borderline en termes d'IMC ou de psychopathologie. Qu'il s'agisse du trouble borderline qui est associé avec une vulnérabilité biologique préexistante aux troubles hormonaux entraînant une vulnérabilité aux ovaires polykystiques est incertain, mais cette possibilité devrait être explorée, comme devrait être aussi la relative contribution des problèmes comportementaux spécifiques connus pour favoriser l'obésité, et les problèmes hormonaux en résultant. Toutes ces données suggèrent qu'un certain nombre de traits, de fonctionnalité et de comportement des troubles de personnalité contribuent à ou tendent à exacerber des facteurs de vulnérabilité biologique spécifique.

Une autre vulnérabilité biologique additionnelle qui pourrait compter comme un résultat négatif pour la santé des patients atteints de trouble de personnalité sont l'IMC et des

facteurs cardiovasculaires. Une étude de 47 sujets a mesuré à l'aide d'un échographe l'épaisseur de l'intima-média des artères carotides. Il a été trouvé que les femmes atteintes de TPB comparées à un groupe contrôle à âge équivalent, avaient une plus grande épaisseur, ce qui est marqueur d'un risque d'athérosclérose et de risque cardiovasculaire plus élevé (98). D'autres résultats suggèrent que l'IMC pourrait représenter l'association entre le trouble borderline et la maladie cardiovasculaire, l'arthrite et l'obésité(89).

Les résultats de nombreuses études suggèrent que les troubles de personnalité sont associés avec des taux élevés de comportements à risques pour la santé. L'étude de Frankenburg et Zanarini comparait les habitudes de vies, la santé et l'accès aux soins de 200 patients ne répondant plus au diagnostic de TPB à 64 patients répondant toujours à ce diagnostic. Le tabagisme actif à un paquet par jour ou plus ($p=0.002$), la consommation d'alcool de manière journalière ($p=0.003$), le manque d'exercice physique ($p=0.006$), la surmédication d'antalgique ($p=0.026$), les styles de vie à impact négatifs sur la santé ont tous un taux plus élevé parmi les patients toujours atteints de trouble borderline comparé à ceux en rémission. De plus, le groupe TPB tend à utiliser plus de soins médicaux parmi les plus coûteux pour la société comme les soins aux urgences ($p=0.003$) ou une hospitalisation ($p<0.001$) (22). Les patients n'étant pas en rémission étaient plus susceptibles d'avoir perdu leur emploi ou d'être en situation précaire à cause de problèmes de santé (22). L'étude de Keuroghlian sur le même échantillon sur les 10 années suivantes a retrouvé des résultats superposables par rapport à la précédente étude que ce soit concernant les styles de vies à impact négatif sur la santé ($p<0.0083$) ou la surconsommation hospitalière ($p<0.0063$) (90). Bien qu'au début les recherches dans ce domaine ont mis en évidence des comportements et des mécanismes biologiques potentiels sous-jacents concernant l'état de santé des patients atteints de TPB, les vulnérabilités environnementales dans ces populations sont peu connues. Etant donné la nature complexe des interactions entre ces facteurs, avec les influences réciproques à chaque niveau (par exemple les troubles du sommeil et l'obésité s'influençant négativement), de futures études seront nécessaires pour les mettre en évidence.

En conclusion, Bien que les faibles recherches dans ce domaine ne permettent d'exclure aucune conclusion, il semble effectivement que les traitements efficaces comprennent une approche biopsychosociale et incluent des interventions

comportementales, médicales et psychosociales. On dénombre peu de recherche débutée avant l'âge de 18 ans et cela est problématique car beaucoup de problèmes de santé dont l'obésité débutent avant cet âge. Quelquefois les études se concentraient uniquement sur certains symptômes du trouble borderline et on manque d'information concernant ce qui a précédé l'autre : du trouble de personnalité ou du problème de santé. Toutes ces pistes seraient intéressantes à explorer dans de prochaines études.

Comorbidités non psychiatriques	Prévalence	Sex ratio	Références	Commentaires
Obésité	26.9% (n=639)	F>>H	(40)	Sur neuf études, avec classes socio-économique variées et majoritairement féminine
Douleur chronique	25.6%(n=43) /18% (n=17)	F>>H	(69)/(60)	La première s'est basé sur le SCID et le STIPO La deuxième sur l'association du PDQ-R, du SHI et du DIB.
Syndrome métabolique	23.3% (n=135)	90% de femme	(85)	L'HTA est la pathologie la plus retrouvée dans les deux groupes mais pas de différence significative
Trouble du sommeil	11% (n=84)	76.2% de femme	(77)	La population étudiée était dépendante aux hypnotiques
HIV	4.7% (n=58301)	90% d'homme	(94)	L'association d'HIV et TPB est significativement positive(OR=2.1)
Infections sexuellement transmissibles	35.5% (n=184)	100% de femme	(91)	Cette étude ne comprenait pas les hépatites et chlamydia

Tableau 1: prévalence des principales comorbidités du trouble de personnalité borderline

VII. Trouble de personnalité borderline et médecine générale

1. Rôle de pivot

La médecine générale se fonde sur quatre piliers que sont les soins primaires, la personnalisation des soins, la permanence des soins, les soins dans la sphère familiale. Cette place lui permet de connaître des informations indispensables pour pouvoir répondre aux besoins des patients et analyser leurs demandes ainsi que pour faire de la prévention. La présence du médecin généraliste dans la sphère familiale permet aussi d'avoir accès aux symptômes des malades qu'ils soient présents ou absent permettant de prévenir et anticiper des actions médicales. Le médecin généraliste peut ainsi effectuer une analyse systémique car il est le mieux placé pour observer l'homéostasie familiale et sociale de ses patients.

Cette spécificité de la médecine générale a été prouvée dans l'étude Mental Illness in General Health Care de l'Organisation mondiale de la santé en retrouvant une plus forte perception des troubles psychiatriques chez les médecins généralistes (de l'ordre de 200%)(99) qui ont une accointance(=connaissance) personnelle avec leurs patients et de prise en charge individualisée et continue. En termes de fréquence, la médecine générale arrive première pour l'ensemble des problèmes de santé et cela est d'autant plus vrai que les personnes viennent d'un milieu social défavorisé où l'on retrouve une prévalence augmentée de dépression, de tentatives de suicides et d'abus d'alcool. Il existe une relation étroite entre le sanitaire et le social(100). Un grand pourcentage de consultations en médecine générale comprend en motif numéro un la psychiatrie. La chronicité et la récurrence de maints troubles psychiques et mentaux nécessite l'obtention d'une vision globale diachronique et non simplement synchronique. L'approche dite synchronique s'intéresse à une langue à un moment précis de son histoire et l'approche dite diachronique s'intéresse à l'histoire de la langue et étudie ses évolutions.

« L'approche polypathologique et polysymptomatique est la règle en médecine générale. L'expression polymorphe et intriquée des troubles somatiques et psychiques implique un travail de recensement, de décodage, de liens et d'explications. Les

réponses proposées peuvent être distinctes et dissociées. Elles sont toujours en interdépendance et en interaction »(101)

L'étude de Norton et al. a étudié notamment la fréquence des troubles psychiatriques en médecine générale. Elle a évalué la présence d'un diagnostic psychiatrique chez mille cent cinquante et un patients chez quarante-six médecins généralistes de la région de Montpellier à l'aide d'auto-questionnaires dont le patient health questionnaire qui correspondait aux critères du DSM-4. Les résultats ont montré une prévalence des troubles psychiatriques à 34.1% (102). Etant donné la forte prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale, elle occupe une place prépondérante dans leur exercice et les obligent à utiliser une multitude de techniques différentes et se concentrer sur l'amélioration des symptômes. Le traitement des patients psychiatriques passe par un suivi personnalisé, pluridisciplinaire, collaboratif et modulable dans le temps. Le suivi personnalisé est nécessaire car le patient psychiatrique ne possède pas de pathologie type, de par son côté polymorphique, le trouble borderline revêt de nombreuses formes au niveau symptomatique et de par l'influence de son environnement, aucun guide ne peut indiquer comment prendre en charge ces patients de manière précise. Le rôle de proximité que le médecin généraliste joue lui permet en effet de connaître sa famille, lui a permis de le voir évoluer dans son environnement lors d'une visite à domicile par exemple. Le suivi pluridisciplinaire est nécessaire et le médecin généraliste y joue un rôle de pivot car étant donné la complexité du trouble de personnalité borderline, l'avis et le suivi psychiatrique est bien sûr indispensable. Mais aussi, du fait du grand nombre de comorbidités associés, l'intervention des différents autres spécialistes est fortement recommandée et là encore, le médecin généraliste en endossant son rôle de lien entre tous les intervenants, s'avère indispensable et c'est en cela que son versant collaboratif se présente. Etant donné, ses plages horaires plus importantes et ouvertes aux urgences si nécessaires, le médecin généraliste reste le praticien le plus consulté que ce soit en temps de crise ou pour un suivi régulier du fait du caractère impulsif du trouble borderline. Le médecin généraliste est la principale porte d'entrée vers les systèmes de soins.

La médecine générale concentre la majeure partie de l'offre médicale ambulatoire(100) ce qui en fait un intervenant majeur dans le suivi et la prise en charge des patients avec des troubles psychiatriques étant donné la facilité à l'accession aux

soins, et cela facilite par exemple la pose de diagnostic compte tenu de la sensation de cassure comparé à l'état antérieur(103).

2. Un patient stigmatisé

De multiples études ont retrouvé qu'il existe une surconsommation en soins de santé pour des problèmes de santé d'origine psychiatrique ou non chez les patients souffrant de TPB. Ainsi, dans l'étude de Gross et al. portant sur 218 patients d'un service d'accueil des urgences, on retrouve une prévalence de TPB de 6.4% (104). Dans celle de Korzekwa et al. portant sur deux cent trente-neuf patients d'une clinique, on retrouve une prévalence de TPB à 22.6% (105). De plus, les patients borderline constitueraient 10 à 25% des soins en psychiatrie (106). Ces chiffres sont importants en comparaison avec la prévalence de ce trouble en population générale qui ne serait que de 1 à 2 % (107) et (7). Les patients borderline seraient aussi plus consommateurs de soins en médecine générale comparativement aux patients non atteints par cette maladie (108) ou atteints d'une autre maladie psychiatrique (trouble anxio-dépressif ou autre trouble de personnalité) (109). Une explication de ce phénomène est un plus grand nombre de comorbidités présentés par les patients atteints de trouble borderline tels qu'obésité, de diabète, de syndrome métabolique, de douleur chronique, de trouble du sommeil et d'hypertension artérielle (22) et (60) et aussi, la deuxième partie pourrait être expliquée par l'essence même de ce trouble avec des blessures liées à l'impulsivité, aux automutilations ou encore à des tentatives de suicides. Le trouble borderline est fréquemment associé à un autre trouble psychiatrique tel que les troubles alimentaires, les syndromes dépressifs (36) et cela augmentent de fait leur consommation médicale. De plus, une partie des patients atteints de trouble borderline présenterait une sorte de déni de la part psychologique de leur trouble et serait en opposition avec toute proposition de psychothérapie et décrivent leurs problèmes comme étant principalement non psychiatrique (110) et alors se dirigerait plus souvent dans les services de soins primaires pour traiter leurs symptômes physiques et non l'origine psychiatriques de leurs maux (108). Cette demande accrue en soins a aussi un impact au niveau de la santé publique compte tenu des dépenses de santé en résultant avec un plus grand nombre de consultations médicales à domicile, de

prescriptions et l'adressage vers d'autres médecins spécialistes et une plus grande durée d'hospitalisation pour un trouble somatique (111), (108), (112) et (109).

Les patients borderline véhiculent une image négative du point de vue de nombreux soignants du milieu psychiatrique (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes) en faisant naître des émotions selon Holmqvist telles que : la frustration, la colère, la suspicion, l'aversion, l'accablement, ou encore l'embarras, et cela influence les soins qui leur sont données (113) et (114). En effet, les patients borderline maintiennent une impression de dangerosité ainsi que d'être manipulateur en étant qualifiés comme dans l'étude de Wright et al. de : « manipulateurs, agresseurs, mauvais patients, difficiles, saboteurs, non coopératifs, irrespectueux, menteurs » et cela peut entraîner un ostracisme et une baisse d'empathie (114) et (115). Ces éléments entraînent des conséquences délétères sur la qualité des alliances thérapeutiques impactant directement l'amélioration du patient (116) et (117). Dans une autre recherche menée chez des soignants en psychiatrie, il a été retrouvé que 84% estiment que les patients borderline sont les patients les plus difficiles à soigner et que 66% trouvent que les patients borderline bénéficient d'un traitement qui n'est pas approprié (118). Tous ces éléments mènent vers une stigmatisation du trouble borderline qui entraînerait un effet boule de neige car cela favorise l'intolérance de ces patients lors de l'expression de leurs symptômes qui s'en verraient amplifiés du fait du sentiment de rejet ressenti lors des soins et l'augmentation de leur angoisse (119).

Lors d'une étude menée sur un échantillon de médecin généraliste, il a été retrouvé des similitudes avec les résultats des études sur les professionnels de santé en psychiatrie c'est-à-dire une stigmatisation envers les patients atteints de trouble borderline mais un élément supplémentaire s'est ajouté et concerne le manque d'assurance ressentie pour la pose du diagnostic et les soins qui doivent leur être prodigués. En effet, les médecins généralistes étudiés étaient peu enclins à prendre en charge des patients borderline et trouvaient cette perspective peu probable (120). Les raisons invoquées sont le caractère chronophage de ses patients, qui ne paraissent pas trouver des bénéfices à leurs soins, qui mènent le plus souvent à des affrontements et dont les demandes paraissent indiquer que le médecin généraliste n'est pas l'interlocuteur adéquat (121). Ces éléments mettent en lumière que l'image du patient borderline, de sa stigmatisation, de son image de patient difficile voire

impossible, du grand pourcentage de défaut d'observance (108) et du caractère impulsif et addictif de ce trouble de la personnalité que tend à entraîner nombre de comorbidités, influencent la prise en charge du patient borderline et la qualité des soins prodigués d'un point de vue somatique.

Il a été retrouvé une aisance moins grande lors des soins prodigués aux patients borderline par les internes en médecine générale et cela pourrait être imputable à une moins grande expérience, un défaut de formation spécifique sur cette maladie et un manque d'acquis sur ce trouble. En effet, lors de contacts répétés, le praticien emmagasine des outils spécifiques dont un réseau sur lequel il peut s'appuyer en cas de difficulté rencontrée pendant les soins (122). Lorsque le médecin généraliste bénéficie de formation spécifique concernant le trouble borderline, il montre plus d'empathie, se sent plus confiant quant à sa capacité à bien prendre en charge ce trouble et appréhende moins la possibilité de faire face à cette pathologie (123), (124) et (125).

3. Trouble borderline et compliance

Les patients peuvent éviter ou arrêter de prendre leurs traitements pour beaucoup de raisons dont des raisons non-psychiatriques qui sont l'oubli, les effets secondaires du traitement, le coût du traitement, et la perception que le traitement n'est pas nécessaire mais les traits de personnalités peuvent jouer un rôle significatif dans l'observance thérapeutique. Le TPB est un candidat idéal pour le manque de compliance thérapeutique parce que ce trouble est caractérisé par une impulsivité intrinsèque ainsi qu'un comportement autodestructeur. De nombreuses études retrouvent une diminution de la compliance chez les patients atteints de trouble de personnalité borderline que ce soit en milieu hospitalier ou en ville pour les psychothérapies (126) et cela même comparativement aux patients atteints d'autres pathologies psychiatriques (127). Cette notion influe également sur le résultat des traitements car les patients borderline sont moins observants (128). Ce manque d'observance a aussi été observé que ce soit face à un traitement pharmacologique ou une thérapie cognitivo-comportementale (129). **Malgré le fait que les critères d'exclusion de ces essais pharmaceutiques comprennent souvent la toxicomanie, les tentatives de suicide et les comportements auto-agressifs, ce**

qui élimine probablement les individus avec un trouble borderline plus sévère, et permet d'insinuer que les échantillons comprenant des individus atteints de trouble borderline ont une observance supérieure à la moyenne. Des études ont été menées sur l'observance lors des cures de sevrage en drogue et là encore, il a été retrouvé que le trouble borderline était lié à l'arrêt de la cure en comparaison avec 9 autres troubles de personnalité (130). Concernant les troubles alimentaires, une étude menée sur des patients atteints de boulimie traitée par thérapie cognitivo-comportementale a retrouvé que les patients non compliant avaient une grande fréquence de trouble borderline. Deux études ont retrouvé des résultats s'opposant à ces données avec un taux d'observance similaire sinon plus élevée par rapport à la population générale (131) et (132). Une étude a retrouvé que plusieurs traits de caractères comprenant l'impulsivité, la manipulation, les tentatives de suicide, la dissociation affective et l'agressivité contribuent à compromettre l'observance (133). Une étude examinant le rôle du trouble borderline dans les consultations externes des urgences a retrouvé que les patients exprimant des traits de personnalités borderline présentaient des faibles niveaux d'observance comparés aux individus sans ces symptômes ce qui vient confirmer les données des études précédentes sur les soins en psychiatrie. Les notions d'impulsivité et de comportements autodestructeurs sont également présents ce qui permet de faire un lien entre système de soins primaires et santé mentale. Toutes ces études confirment la complexité de prise en charge du patient borderline et particulièrement en médecine générale étant donné le manque de formation concernant ce trouble. Le manque de compliance des patients peut conduire à une perte de motivation, un abandon quant au suivi de ces patients ou encore à un sentiment d'inefficacité des traitements, d'impuissance face à ce trouble ou de la prise en charge proposée qui peut aussi être causé par un défaut d'observance du patient. De plus, la connaissance de cet élément permettrait d'adapter les soins, en modulant l'approche à adopter face à ces patients.

VIII. Comment améliorer leur prise en charge

1. Un objectif réalisable

L'étude : Le trouble de la personnalité borderline est facile à traiter : sommes-nous prêts à relever le défi a étudiée la réponse au traitement de patients aux troubles de personnalité borderline associé ou non à un autre trouble de personnalité. Il a été démontré que 9 patients sur 10 répondaient au traitement et avec une pérennité sur 1 an lorsque le trouble borderline n'était pas accompagné d'un autre trouble et descendait à 43% de réussite si le trouble de personnalité n'était pas unique (paranoïaque, schizothymique, antisocial et dépendant). Ainsi, l'environnement est le facteur le plus néfaste pouvant gêner la bonne évolution du trouble de personnalité borderline.

Concernant le choix du traitement pour les adultes, le clinicien devrait considérer la réponse du patient aux traitements précédents, en incluant les bénéfices et les effets secondaires, et la motivation du patient et son adhérence à la psychothérapie ou au traitement pharmacologique. L'éducation du patient est un élément essentiel à la motivation thérapeutique. Une condition de vie instable ou stressante diminue les chances de succès du traitement et peut nécessiter une intervention concomitante comme par exemple une thérapie familiale. L'évaluation du degré de compréhension du patient est utile car elle peut influencer la volonté du patient de coopérer avec le traitement.

2. Résultats et analyse du questionnaire

Le questionnaire a été adressé à tous les internes de médecine générale et les docteurs en médecine générale diplômés de la faculté de médecine catholique de Lille en 2016. 72 médecins ont répondu. La moyenne d'âge des médecins est de 35 ans et, la moyenne d'âge des hommes et des femmes est équivalente. Le sexe ration est en faveur des femmes pour 2/3 contre 1/3 pour les hommes. 31 ,9% des interrogés sont interne en médecine générale, 40,3% sont thésés depuis moins de 5 ans et 27,8%

depuis plus de 5 ans.

Le nombre de médecins ayant une formation complémentaire en psychiatrie était faible avec 2 médecins ayant choisis de compléter leur formation par un diplôme universitaire, 1 médecin ayant pris le parti de l'autoformation et le dernier ayant choisi un stage dans un service de psychiatrie pendant son internat.

Une grande majorité des médecins ont entendus parlés du TPB (70 contre 2) mais seulement 25% des interrogés disent connaître les critères diagnostics de ce trouble. 44,4% des médecins disent suivre un patient borderline, 18,8% ne savent pas mais 26,4% rapportent avoir déjà diagnostiqué un patient borderline ce qui coïncide avec le nombre de médecins connaissant les critères diagnostiques.

Concernant les comorbidités non psychiatriques, 84,7% des médecins interrogés connaissent leurs importances dans ce trouble de personnalité. Une grande majorité 66/72 pensent que la formation est insuffisante concernant ce trouble et ce même rapport est retrouvé sur le souhait que le diagnostic soit précisé sur les courriers de psychiatrie ce qui permettrait que la prise en charge soit améliorée.

Malgré l'importance du TPB, ce trouble reste mal connu en médecine générale car bien qu'une grande majorité des médecins aient répondu positivement, seulement un quart d'entre eux disent connaître les critères de diagnostic. Cela peut s'expliquer par la complexité du diagnostic et le polymorphisme du trouble notamment. En effet, les comorbidités psychiatriques masquent souvent le trouble principal et les patients borderline nient souvent le trouble psychiatrique au profit de leur plainte somatique. De manière positive, la majorité des médecins interrogés souhaiterait une meilleure formation du TPB, et ceci pourrait commencer par la précision du trouble psychiatrique sur les courriers des psychiatres.

3. Recommandations

Il est important de savoir que le TPB est très fréquent et s'accompagne d'une douleur immense pour le patient, de comorbidités graves et de dépenses de santé importantes pour la société ce qui devrait en faire un problème de santé public.

Pour cela, la notion qui devrait être connue est la très bonne réponse aux traitements du TPB. En effet, les patients souffrant de TPB seraient en voie d'être plus préjudiciés par leurs environnements que par l'absence de traitements ou stratégies efficaces. Il a été démontré que lorsqu'une résistance au traitement apparaissait, elle était plus en rapport avec le traitement de la ou des comorbidités psychiatriques accompagnant le TPB et cela plaide en faveur d'une prise en charge personnalisée du patient TPB. De plus, il a été démontré un lien entre le taux de rémission et la diminution des comorbidités non psychiatriques du patient borderline.

Comme nous l'avons montré précédemment, il est essentiel de se débarrasser des idées reçues, car, en effet, le patient borderline est encore perçu comme donnant une impression de dangerosité, de manipulateur et cela peut nuire à sa prise en charge. Il a aussi été montré un faible taux de compliance chez les patients borderline. Tous ces éléments doivent convaincre le médecin d'adopter une prise en charge personnalisée et d'adapter son approche pour ne pas augmenter le sentiment de rejet ressenti par le patient, augmentant son angoisse et également ses symptômes.

En ce qui concerne les comorbidités non psychiatriques, plusieurs éléments sont à prendre en compte. En premier, une amélioration de la communication entre le médecin généraliste et le psychiatre notamment en étayant les courriers du psychiatre vers le médecin généraliste est souhaitable. En effet, ce n'est qu'en ayant une idée précise du diagnostic psychiatrique que la prévention ou la recherche des troubles comorbides associés peut être réalisée. Aussi, les courriers des médecins généralistes gagneraient à comporter des questions précises pour favoriser ces échanges. Ensuite, il est essentiel de garder en tête qu'une stabilisation ou une rémission des symptômes du TPB a un effet positif sur les comorbidités non psychiatriques, ainsi il est indispensable d'avoir une prise en charge globale du patient borderline en ne dissociant pas les parties psychiatriques ou non du TPB. Puis, plus spécifiquement, il est nécessaire de ne pas oublier les effets iatrogènes, en particulier ceux des psychotropes qui ont des effets délétères sur le métabolisme des patients TPB. Une révision des règles hygiéno-diététiques paraît essentielle en conseillant une

augmentation des exercices physiques et une amélioration des habitudes alimentaires mais cette remise au sport doit se réaliser après un bilan cardiovasculaire avec épreuve d'effort comme conseillé par l'association européenne de psychiatrie. Après, l'impulsivité des patients borderline en font des patients difficiles à soigner, ce qui coïncide avec leur taux élevé de consommation des urgences. Une patience, une indulgence quant aux rendez-vous non honorés ou encore aux demandes de rendez-vous impromptus est indispensable dans leurs prises en charges. Ensuite, une prévention des IST pourrait être renforcée chez ces patients avec aussi une mise en place d'un moyen de contraception type nexplanon pour son caractère plus pratique et à l'abri d'un oubli. Une mise en garde est à apporter concernant la prise en charge de la douleur, car les patients borderline présentent une prévalence importante de douleur chronique mais aussi des troubles addictifs ce qui rend la prescription d'antalgique particulièrement délicate. Enfin, sur un plan plus pratique, il serait intéressant d'adopter une liste check-up des comorbidités non psychiatriques des patients borderline comme réalisé dans certain centre de sevrage en alcool. Ce check-up pourrait comprendre un screening des IST, un bilan cardiovasculaire, une recherche d'un syndrome métabolique, une recherche de signe en faveur d'une apnée du sommeil étant donnée la présence de l'obésité et de trouble du sommeil. Sur un plan plus général, la formation théorique de psychiatrie en médecine générale est très succincte. Le stage en psychiatrie en médecine générale peut s'effectuer pendant le stage libre mais les places sont restreintes. Il faut que, pendant le stage, le médecin généraliste ne soit pas cantonné uniquement aux pathologies somatiques, mais réellement intégrer dans les soins psychiatriques non somatiques. L'article de T.Fovet, et al. énumère des objectifs de stage pour une formation ciblée des internes en médecine générale en service de psychiatrie qui sont :

- Conduites à tenir pour les situations d'urgence et stratégies d'orientation
- Gestion des psychotropes notamment anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs
- Modalités et indications d'une hospitalisation sous contrainte
- Modalités et indications d'une hospitalisation sous contrainte
- Connaissance de la filière de soins et des recours/ressources dans le champ du handicap psychique

- Dépistage des pathologies et situations nécessitant une prise en charge spécialisée
- Dépistage des signes de décompensation chez un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique

Ensuite, il serait important de mettre en lumière des sites qui permettent d'sensibiliser sur la séméiologie psychiatrique comme l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP)(134).

Le trouble de personnalité borderline nécessite une prise en charge globale, personnalisée, de prévention, en ambulatoire, de proximité et pluridisciplinaire ce qui fait du médecin généraliste un élément centrale.

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

Chers Confrères, Chers Collègues,

Je vous adresse mon questionnaire, élaboré dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Ce questionnaire porte sur le trouble de la personnalité borderline en médecine générale.

En effet depuis le début de la sectorisation dans les années 60, la psychiatrie ambulatoire

s'est largement développée et le médecin généraliste y tient une place de plus en plus importante.

Le médecin généraliste est un professionnel important à la fois en premier recours mais

également dans le suivi des patients psychiatriques, dans l'implication du patient ou son

désengagement dans sa prise en charge psychiatrique.

De nombreuses études plaident en faveur d'un partenariat avec les psychiatres car les conséquences d'une mauvaise coopération sont multiples.

Ce questionnaire a pour but d'avoir une image des connaissances du trouble de la personnalité borderline.

Votre participation à cette enquête est indispensable pour que l'évaluation soit fiable

Répondre à ce questionnaire ne vous prendra moins de 5 minutes, il est composé principalement de questions simples à réponse unique, ou réponse simple.

Je vous remercie de votre participation et vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

1. Quel âge avez-vous ?
2. Êtes-vous : homme ou femme ?
3. Êtes-vous interne en médecine générale (première, deuxième ou troisième année) ?
4. Avez-vous déjà passé votre thèse de médecine générale ?
5. Si oui avez-vous passé cette thèse depuis plus ou moins de 5 ans ?
6. Avez-vous une formation complémentaire dans le domaine de la psychiatrie ?
7. Si oui, laquelle ?
8. Avez-vous déjà entendu parler du trouble de la personnalité borderline ?
9. Connaissez-vous les critères diagnostics du trouble de la personnalité borderline ?
10. Selon vous, combien de patients ayant un trouble psychiatrique suivez-vous ?
11. Suivez-vous des patients atteints de trouble de la personnalité borderline ?
12. Avez-vous diagnostiqué des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline ?
13. Pensez-vous que ce trouble est fréquent ou rare en population générale ?
14. Pensez-vous que ce trouble puisse présenter des comorbidités générales fréquentes (ex : infection, troubles métaboliques, douleurs chroniques...) ?
15. Pensez-vous que la formation est suffisante en médecine générale sur le trouble de la personnalité borderline ?
16. Souhaiteriez-vous en savoir plus sur le trouble de la personnalité borderline ?
17. Seriez-vous intéressé pour que les courriers du psychiatre évoquent le diagnostic de ces patients pour mieux les prendre en charge ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire.

Critères DSM-V de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).
- E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Il existe deux types d'anorexie mentale :

- Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).
- Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux

vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

BIBLIOGRAPHIE

1. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med.* 2010;72(7):641–647.
2. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2002;10(6):315–323.
3. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;62(6):553–564.
4. Grinker Sr RR, Werble. B., and Drye, RC *The Borderline Syndrome.* New York: Basic Books; 1968.
5. Bergeret J. *Psychologie pathologique: théorique et clinique.* Elsevier Masson; 2011.
6. Guelfi J-D, Cailhol L, Robin M, Lamas C. États limites et personnalité borderline. *EMC - Psychiatr.* janv 2011;8(1):1-14.
7. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(6):590–596.
8. Rosenberger PH, Miller GA. Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *J Abnorm Psychol.* 1989;98(2):161.
9. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):284–292.
10. Frank H, Paris J. Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38(9):1031–1034.
11. Lewis J, Christopher J. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1989;1:46.
12. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(6):381–387.
13. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(8):510–518.
14. Zanarini MC, Frankenburg FR, Yong L, Raviola G, Bradford Reich D, Hennen J, et al. Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Personal Disord.* 2004;18(5):439–447.
15. Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatry.* 2002;159(2):284–290.

16. Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1629–1633.
17. Becker DF, McGlashan TH, Grilo CM. Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):99–105.
18. Biéler L, Aubry JM, Mc Quillan A, Ferrero F, Bertschy G. Trouble de personnalité borderline et troubles bipolaires: interface clinique et implications du double diagnostic. *Médecine Hygiène*. 2001;1775–1781.
19. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):827–832.
20. Skodol AE. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):495–503.
21. Pagano ME, Skodol AE, Stout RL, Shea MT, Yen S, Grilo CM, et al. Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(6):421–429.
22. Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(12):1660–1665.
23. Schwab M, Siever J. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;1(50):1237.
24. Chabrol H, Ducongé E, Casas C, Roura C, Carey KB. Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addict Behav*. 2005;30(4):829–840.
25. Gatzke-Kopp LM, Beauchaine TP. Central nervous system substrates of impulsivity. *Hum Behav Learn Dev Brain Atyp Dev*. 2007;239–263.
26. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1284–1293.
27. Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006 [Internet]. American Psychiatric Pub; 2006 [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=zql0AqtRSrYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=american+psychiatric+association+practice&ots=T914AedHUm&sig=F9EzMrnviDioNIXTQhgWCi02wml>
28. Borderline personality disorder: recognition and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
29. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Personal Disord*. 2009;23(2):156–174.

30. Nose M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(6):345–353.
31. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2009;71(1):14–25.
32. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Libr [Internet]*. 2006 [cité 13 sept 2016]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005653/full>
33. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010;196(1):4–12.
34. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060–1064.
35. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2009 [cité 20 sept 2016]; Disponible sur: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
36. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936–950.
37. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):533.
38. mondiale de la Santé O. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N 311. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>. Consulté le; 2013.
39. de Santé HA. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. *Recomm Pour Prat Clin*. 2011;38–39.
40. Sansone RA, Sansone LA. The relationship between borderline personality and obesity. *Innov Clin Neurosci [Internet]*. 2013 [cité 11 sept 2016];10(4). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21588333&AN=87590316&h=jL0T6ZXbSC3MirnvJnftGaCxDSymD4ynlCbr5BtGnRMqI%2BE8xmrOzEpY3GhUvDuxZbpxN9wu9rYiRK6pjf3ezw%3D%3D&crl=c>
41. Sansone RA, Sansone LA. Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innov Clin Neurosci [Internet]*. 2011 [cité 2 oct 2016];8(3). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21588333&AN=65410564&h=qA7c821rn8erss4%2FAr1PgoY5PV%2B12RLIsBtk98z8AIL7kTrBNBdCuZqEJ1ZmnhvpsXpH5dq%2FC9%2Fcvst3IV4Tg%3D%3D&crl=c>
42. Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord*. 2004;13(1):7–21.
43. Walsh BT, Wilfley DE, Hudson JI. *Binge Eating Disorder: Progress in Understanding and Treatment (educational monograph)*. Wayne NJ Health Learn Syst. 2003;

44. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: A critical review of the literature. *Eat Behav.* 2000;1(1):93–104.
45. Goldstein RB, Dawson DA, Stinson FS, Ruan WJ, Chou SP, Pickering RP, et al. Antisocial behavioral syndromes and body mass index among adults in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry.* 2008;49(3):225–237.
46. Iacovino JM, Powers AD, Oltmanns TF. Impulsivity mediates the association between borderline personality pathology and body mass index. *Personal Individ Differ.* 2014;56:100–104.
47. Frankenburg FR, Zanarini MC. Relationship between cumulative BMI and symptomatic, psychosocial, and medical outcomes in patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2011;25(4):421.
48. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *Int J Eat Disord.* 2006;39(3):184–192.
49. Autorité de santé H. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. *Douleur Analgésie.* 2009;22:51–68.
50. Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res.* 2000;95(3):251–260.
51. Perroud N, Dieben K, Nicastro R, Musciconico M, Huguelet P. Functions and timescale of self-cutting in participants suffering from borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2012;26(2):267.
52. Ludäscher P, Greffrath W, Schmahl C, Kleindienst N, Kraus A, Baumgärtner U, et al. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120(1):62–70.
53. Russ MJ, Roth SD, Lerman A, Kakuma T, Harrison K, Shindldecker RD, et al. Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 1992;32(6):501–511.
54. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, Philipsen A, Jochims A, Schmahl C. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2007;149(1):291–296.
55. Schmahl C, Greffrath W, Baumgärtner U, Schlereth T, Magerl W, Philipsen A, et al. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain.* 2004;110(1):470–479.
56. Cárdenas-Morales L, Fladung A-K, Kammer T, Schmahl C, Plener PL, Connemann BJ, et al. Exploring the affective component of pain perception during aversive stimulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2011;186(2):458–460.
57. Kraus A, Valerius G, Seifritz E, Ruf M, Bremner JD, Bohus M, et al. Script-driven imagery of self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121(1):41–51.

58. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124(1):134–140.
59. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry.* 2009;167(1):24–39.
60. Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, Murry A. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001;23(4):193–197.
61. Sansone RA, Sansone LA. Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade*. *Eat Disord.* 2007;15(4):333–346.
62. Sansone RA, Sansone LA. Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innov Clin Neurosci [Internet].* 2012 [cité 10 oct 2016];9(1). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=21588333&AN=71934757&h=0B7Tpbu8iH9bXOkKYQ5eDYiLSTCD8uIMRt4kCQNAQKv%2BqX8wxGNmI3DdRXdDIdA4wE1b7N9X5LdqCVPhnI3fA%3D%3D&crl=c>
63. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry Edgmont.* 2007;4(4):40.
64. Braden JB, Sullivan MD. Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication. *J Pain.* 2008;9(12):1106–1115.
65. McWilliams LA, Higgins KS. Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Clin J Pain.* 2013;29(6):527–532.
66. Sansone RA, Whitecar P, Wiederman MW. Psychophysiological disorders among buprenorphine patients. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2009;13(4):338–340.
67. Sansone RA, Pole M, Dakroub H, Butler M. Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood. *Psychosomatics.* 2006;47(2):158–162.
68. Rothrock J, Lopez I, Zweifel R, Andress-Rothrock D, Drinkard R, Walters N. Borderline personality disorder and migraine. *Headache J Head Face Pain.* 2007;47(1):22–26.
69. Fischer-Kern M, Kapusta ND, Doering S, Hörz S, Mikutta C, Aigner M. The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology.* 2010;44(1):21–26.
70. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13(6):421–434.
71. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science.* 2003;302(5643):290–292.
72. Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2014;44(10):2099–2112.

73. Renneberg B, Herm K, Hahn A, Staebler K, Lammers C-H, Roepke S. Perception of social participation in borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2012;19(6):473–480.
74. Ehnvall A, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Malhi G. Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females—but not for males. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117(1):50–56.
75. Peter Fonagy PhD FBA, Anthony Bateman MA. The development of borderline personality disorder-A mentalizing model. *J Personal Disord*. 2008;22(1):4.
76. Olié É. Douleur et personnalité borderline. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2014 [cité 11 sept 2016]. p. 119–122. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714000055>
77. Ruitter ME, Lichstein KL, Nau SD, Geyer JD. Personality disorder features and insomnia status amongst hypnotic-dependent adults. *Sleep Med*. 2012;13(9):1122–1129.
78. Asaad T, Okasha T, Okasha A. Sleep EEG findings in ICD-10 borderline personality disorder in Egypt. *J Affect Disord*. 2002;71(1):11–18.
79. Bastien CH, Guimond S, St-Jean G, Lemelin S. Signs of insomnia in borderline personality disorder individuals. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(5):462–470.
80. Plante DT, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. *J Psychosom Res*. 2013;74(4):278–282.
81. Selby EA. Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(5):941.
82. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(1):48–55.
83. Plante DT, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Relationship between maladaptive cognitions about sleep and recovery in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):975–979.
84. Moran P, Stewart R, Brugha T, Bebbington P, Bhugra D, Jenkins R, et al. Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(1):69–74.
85. Kahl KG, Greggersen W, Schweiger U, Cordes J, Correll CU, Frieling H, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with borderline personality disorder: results from a cross-sectional study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(3):205–213.
86. Kahl KG, Greggersen W, Schweiger U, Cordes J, Balijepalli C, Löscher C, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in unipolar major depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(4):313–320.
87. Richter N, Juckel G, Assion H-J. Metabolic syndrome: a follow-up study of acute depressive inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260(1):41–49.

88. Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. The use of prescription opioid medication by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(4):357–361.
89. Powers AD, Oltmanns TF. Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: The mediating role of obesity. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2013;4(2):152.
90. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*. 2013;47(10):1499–1506.
91. Chen EY, Brown MZ, Lo TT, Linehan MM. Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):125–129.
92. Hansen PEB, Wang AG, Stage KB, Kragh-Sorensen P. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(6):436–440.
93. Palmer NB, Salcedo J, Miller AL, Winiarski M, Arno P. Psychiatric and social barriers to HIV medication adherence in a triply diagnosed methadone population. *AIDS Patient Care STDs*. 2003;17(12):635–644.
94. Bennett WM, Joesch JM, Mazur M, Peter Roy-Byrne MD. Characteristics of HIV-positive patients treated in a psychiatric emergency department. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2009 [cité 30 nov 2016]; Disponible sur: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2009.60.3.398>
95. Dervaux A, Laqueille X. États limites et addictions. *Lett Psychiatre*. 2014;10(3):88–91.
96. Hull JW, Clarkin JF, Yeomans F. Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Psychiatr Serv*. 1993;44(10):1000–1001.
97. Roepke S, Ziegenhorn A, Kronsbein J, Merkl A, Bahri S, Lange J, et al. Incidence of polycystic ovaries and androgen serum levels in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(13):847–852.
98. Greggersen W, Rudolf S, Brandt P-W, Schulz E, Fassbinder E, Willenborg B, et al. Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. *Psychosom Med*. 2011;73(7):627–632.
99. Organization WH, others. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
100. Gallais JL, others. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc Rech Med Gen*. 1994;1–107.
101. Gallais JL, Alby ML. *Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale*. EMC Psychiatr. 2002;37–956.
102. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. 2009;35(6):560–569.
103. Aiach P, Cebe D. Médecins généralistes et troubles mentaux. *Soc Sci Med*. 1985;21(11):1235–1241.

104. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med.* 2002;162(1):53–60.
105. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry.* 2008;49(4):380–386.
106. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet.* 2011;377(9759):74–84.
107. Coid J, Yang M, Bebbington P, Moran P, Brugha T, Jenkins R, et al. Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychol Med.* 2009;39(10):1721–1731.
108. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality: a primary care context. *Psychiatry Edgmont Pa Townsh.* sept 2004;1(2):19-27.
109. Ansell EB, Sanislow CA, McGlashan TH, Grilo CM. Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Compr Psychiatry.* 2007;48(4):329–336.
110. Nowlis DP. Borderline personality disorder in primary care. *J Fam Pract.* 1990;30(3):329–336.
111. Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW. Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *South Med J-Birm Ala.* 1996;89:1162–1165.
112. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33(4):343–346.
113. Deans C, Meocevic E. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse.* 2006;21(1):43–49.
114. Westwood L, Baker J. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(7):657–662.
115. Treloar A. A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *N Z J Psychol.* 2009;38(2):30–34.
116. Hersh R. Confronting myths and stereotypes about borderline personality disorder. *Soc Work Ment Health.* 2008;6(1-2):13–32.
117. Kealy D, Ogrodniczuk JS. Marginalization of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract.* 2010;16(3):145–154.
118. Cleary M, Siegfried N, Walter G. Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs.* 2002;11(3):186–191.
119. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry.* 2006;14(5):249–256.

120. Imbeau D. L'alliance thérapeutique, les médecins de famille et les troubles de la personnalité: Enjeux et défis. *Manuscrit Non Publ Univ Sherbrooke Can.* 2009;
121. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician.* 2005;72(10):2063–8.
122. Imbeau D, Bouchard S, Terradas MM, Villeneuve E. Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite: structure factorielle et validation préliminaire. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2014 [cité 12 oct 2016]. p. 479–485. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448713002370>
123. Krawitz R. Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38(7):554–559.
124. Bouchard S, Duval C, Julien E. Soutenir les intervenants du réseau ø euvrant auprès de patients présentant un trouble de personnalité limite. *Psychol Qué.* 2010;27(5):22–24.
125. Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black DW. Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *J Personal Disord.* 2011;25(6):806.
126. Gunderson JG, PRANK AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177(1):38–42.
127. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality?. *J Nerv Ment Dis.* 1983;171(7):405–410.
128. Tyrer P, Mulder R. Management of complex and severe personality disorders in community mental health services. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19(4):400–404.
129. Sansone RA, Bohinc RJ, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and compliance with general health care among internal medicine outpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015;19(2):132–136.
130. Samuel DB, LaPaglia DM, Maccarelli LM, Moore BA, Ball SA. Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *Am J Addict.* 2011;20(6):555–562.
131. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123(5):327–338.
132. CHIESA M, DRAHORAD C, LONGO S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *Br J Psychiatry.* 2000;177(2):107–111.
133. Tanesi PHV, Yazigi L, Fiore ML de M, Pitta JC do N. Compliance in the treatment of borderline personality disorders. *Estud Psicol Natal.* 2007;12(1):71–78.
134. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319–322.

AUTEUR : Nom : FARHI

Prénom : SMAÏL

Date de Soutenance : 27/01/2017

**Titre de la Thèse : TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE ET MEDECINE
GENERALE**

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

**Mots-clés : médecine générale, trouble de personnalité borderline, comorbidité non
psychiatrique.**

Résumé :

Le trouble de personnalité borderline (TPB) est le plus fréquent des troubles de personnalité avec une prévalence estimée entre 1 à 5 % en population générale.

Le TPB est associé à de nombreuses comorbidités psychiatriques (comportements suicidaires, troubles de l'humeur, conduites addictives et troubles du comportement alimentaire). Les patients souffrant de TPB ont également une santé physique détériorée faisant du médecin généraliste un acteur majeur de leur prise en charge. En effet, ces patients présentent également de fréquentes comorbidités non psychiatriques associées au comportement à risque avec les IST (35.5%), à la iatrogénie avec les troubles métabolique (syndrome métabolique (23.3%) et obésité (26.9%)) ainsi que des troubles du sommeil (11%) et des douleurs chroniques (entre 18 et 25.6%).

Une enquête, évaluant les connaissances des médecins généralistes de la région sur le TPB, a également été réalisée et a pu montrer la méconnaissance de ce trouble. Finalement, des pistes de réflexions et des propositions pratiques d'amélioration des connaissances autour de ce trouble et de sa prise en charge sont discutées.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

**Asseseurs : Professeur Pierre THOMAS
Docteur Nassir Messaadi
Docteure Muriel DELTAND
Docteur Ali AMAD**