

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en soins du trouble borderline : revue narrative de la littérature et
enquête de pratiques au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2026 à 14h00
au *Pôle Formation*
par **Mathilde MENUGE**

JURY

Président :

Madame le Professeur Mathilde HORN

Assesseurs :

Madame le Docteur Elodie VERNALDE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Fabien BARBET

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRR	Centre Ressource Réhabilitation
DMS	Déviation Moyenne Standard
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
GAF	Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (<i>Global Assessment of Functioning</i>)
GHT	Groupe Hospitalier de Territoire
GPM	Good Psychiatric Management
HAS	Haute Autorité de Santé
HYPE	Helping Young People Early
IC	Intervalle de Confiance
MSP	Médiateur de Santé Pair

NIH	National Institutes of Health
RR	Risque Relatif
SCM	Structured Clinical Management
TBM	Thérapie Basée Mentalisation
TCC	Thérapie Comportementale et Cognitive
TCCE	Thérapie Comportementale, Cognitive et Émotionnelle
TCD	Thérapie Comportementale Dialectique
TDAH	Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité
TFP	Thérapie Focalisée sur le Transfert (<i>Transference-Focused Therapy</i>)
TPB	Trouble de la Personnalité Borderline
TPEL	Trouble de la Personnalité Émotionnellement Labile
TUS	Troubles liés à l'Usage de Substances

Table des matières

I. Préface	6
II. Introduction	7
III. Généralités sur le trouble borderline	8
A. Définition du trouble de la personnalité	8
B. Historique du trouble de la personnalité borderline	8
C. Terminologie et classifications internationales	9
D. Sémiologie et étiopathogénie	11
E. Prévalence	14
F. Evolution	14
G. Comorbidités	16
H. Difficultés rencontrées dans la prise en soins de ces patients	17
1. Stigmatisation et auto-stigmatisation	17
2. Un manque de connaissances théoriques... et d'intérêt	20
3. Un manque d'investissement dans la recherche	21
4. Un diagnostic parfois méconnu... par les patients eux-mêmes	22
IV. Revue de la littérature sur la prise en soins du trouble borderline	25
A. Matériels et méthodes	25
B. Prise en charge psychothérapeutique	26
1) Présentation des différentes psychothérapies spécifiques	26
a) La thérapie comportementale dialectique	26
b) La thérapie basée sur la mentalisation	27
c) La thérapie focalisée sur le transfert	28
d) La thérapie des schémas	28
2) Résultats des psychothérapies spécifiques	29
3) Les psychothérapies spécifiques en pratique clinique	31
4) Des modèles plus généralistes et donc plus réalistes ?	34
C. Prise en charge médicamenteuse	37
1) Antidépresseurs	38
2) Régulateurs de l'humeur	41
3) Antipsychotiques	44
4) Benzodiazépines	48
D. Guidelines mondiales	48
1) Sur le plan psychothérapeutique :	49
2) Sur le plan de la gestion de crise	51
3) Sur le plan des thérapeutiques médicamenteuses	52
E. Discussion	54
1. Synthèse des résultats	54
2. Forces et limites de l'étude	56
3. Vers des soins orientés rétablissement : place potentielle de la réhabilitation	

psychosociale dans le trouble borderline	57
V. Enquête de pratiques au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais	59
A. Méthodologie	59
B. Questionnaire	61
C. Résultats	62
1. Concernant les connaissances théoriques sur le trouble borderline	62
2. Concernant l'annonce diagnostique et la psychoéducation	63
3. Concernant la prise en soins psychothérapeutiques	65
4. Concernant la gestion de la crise	68
5. Concernant les centres de proximité et la réhabilitation psychosociale	69
6. Concernant les projets futurs	69
7. Analyses complémentaires	71
D. Discussion	73
1. Analyse et interprétation des résultats	73
2. Forces et limites de l'étude	78
3. Perspectives	81
a. L'annonce diagnostique et la psychoéducation : un préalable indispensable à l'appropriation des soins	81
b. La pair-aidance : un levier thérapeutique vers l'empowerment	83
c. La mutualisation intersectorielle : vers un accès aux soins de proximité	83
V. Conclusion	85
VI. Références	87
VII. Annexes	97

I. Préface

Au vu de la prévalence importante du trouble de la personnalité borderline parmi les patients rencontrés en psychiatrie, j'ai rapidement eu à prendre en soins ces patients. L'exercice m'a alors semblé périlleux en tant que jeune interne. En effet, débutante dans le domaine, je me suis trouvée très en difficulté face aux manifestations de ce trouble et à la crainte que m'inspiraient ces patients. Instabilité, impulsivité, clivage, lésions auto-infligées, mises en danger, tentatives de suicide répétées... Autant de symptômes que je redoutais à chaque rencontre avec ces patients. J'ai pu constater que ma crainte était largement partagée, y compris parmi les soignants plus expérimentés. En effet, la majorité des soignants rencontrés dans mon cursus m'ont confié être en difficulté face à ces patients, ne sachant plus que faire pour leur venir en aide, se sentant tantôt impuissants et démunis, tantôt instrumentalisés par des patients jugés manipulateurs. Certains soignants se questionnaient même sur la légitimité de leur place en psychiatrie. Pourtant, il s'agit d'un trouble très handicapant et altérant grandement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Il peut mener à de nombreuses complications, y compris la plus redoutable dans notre pratique : la mort par suicide. Ainsi j'ai pris conscience d'un contraste saisissant avec, d'un côté, un trouble prévalent, sévère et potentiellement mortel et de l'autre, une méconnaissance, une incompréhension voire un rejet au sein même des professionnels de la santé mentale. C'est ce constat qui m'a poussée à m'intéresser de près à ce trouble, afin de mieux le comprendre et d'améliorer mes pratiques cliniques.

II. Introduction

Le trouble de la personnalité borderline constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de sa prévalence élevée, de son retentissement fonctionnel important et du risque suicidaire qui lui est associé. Face à ce trouble, les soignants semblent se trouver en difficulté. Pourtant, la littérature internationale propose plusieurs axes thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité mais ceux-ci semblent mal connus. En effet, l'expérience clinique et les observations de terrain suggèrent parfois un décalage entre ces recommandations et les pratiques réellement mises en œuvre dans les services de psychiatrie.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail de thèse, dont l'objectif principal est d'évaluer la prise en soins du trouble borderline au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Nord-Pas-de-Calais, en la confrontant aux recommandations de bonne pratique issues de la littérature.

Pour répondre à cet objectif, ce travail s'articule en deux grandes parties.

La première partie consiste en une revue narrative de la littérature, dont l'objectif principal est de dégager des axes de bonne pratique dans la prise en soins du trouble.

La deuxième partie est une enquête de pratiques réalisée auprès des psychiatres du GHT du Nord-Pas-de-Calais. L'objectif est de décrire les pratiques actuelles de prise en soins du trouble borderline et de les comparer aux recommandations identifiées dans la revue de la littérature. Cette enquête repose sur un questionnaire élaboré à partir des recommandations établies dans la première partie.

III. Généralités sur le trouble borderline

A. Définition du trouble de la personnalité

Tout d'abord, il convient de définir certaines notions essentielles. Les définitions suivantes sont issues du référentiel de psychiatrie et d'addictologie. (1)

La personnalité est définie comme « ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu : c'est la signature psychologique. Une personnalité non pathologique est souple et adaptable, elle utilise des modalités de fonctionnement variés ».

Les traits de personnalité définissent « un fonctionnement psychologique, une perception de l'environnement et une façon de gérer ses relations interpersonnelles ».

Un trouble de la personnalité est quant à lui défini par « des traits de personnalité particulièrement marqués, rigides, et associés à une altération du fonctionnement social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de vie ». Ce sont les notions de rigidité et de difficultés d'adaptation qui sont cruciales dans la distinction entre une personnalité normale et pathologique.

Le DSM-5 définit un trouble de la personnalité comme « un modèle durable d'expérience intérieure et de comportement qui s'écarte nettement des attentes de la culture de l'individu » (2).

B. Historique du trouble de la personnalité borderline

Le terme borderline signifie « à la limite, au bord de ». Ce terme est apparu pour la première fois dans la littérature médicale à la fin du XIXème siècle pour désigner historiquement des patients se trouvant à frontière entre la névrose et la psychose. Le psychiatre Hughes utilise ce terme en 1884 pour désigner des « patients ayant des symptômes physiques au cours d'affections psychiatriques (3). Le psychiatre Evin Ross utilise quant à lui ce terme en 1890 pour des « patients ayant des symptômes psychotiques mais n'étant pas psychotiques » (3). Toutefois, nous devons la première description clinique du trouble borderline à Adolphe Stern, en 1938 (4). Selon lui, le trouble se caractérise par « une idéalisation et une

dévalorisation des proches ainsi que par des difficultés à faire face aux situations stressantes ». Les patients état-limite ou borderline « utilisent comme mécanismes de défense des mécanismes projectifs et le clivage ».

La littérature psychanalytique poursuivra ensuite les différentes conceptualisations de ce trouble avec des auteurs tels que Kernberg (5) et Bergeret (6).

Progressivement, des études empiriques vont être menées sur le trouble afin de le faire reconnaître et valider par la communauté scientifique internationale. De nombreuses études, la plupart réalisées par Gunderson et Spitzer dans les années 1975-1980, auront alors pour but de définir les critères permettant de poser le diagnostic.

Finalement, le trouble de la personnalité borderline fera son entrée dans la 3ème édition du DSM, en 1980. Le diagnostic a alors connu peu de modifications depuis son entrée, hormis l'ajout du critère 9, en 1994.

C. Terminologie et classifications internationales

Le terme de trouble de la personnalité borderline (TPB) est issu de la nosographie nord-américaine et correspond au Borderline Personality Disorder décrit dans le DSM-5-TR. Il s'agit d'un diagnostic catégoriel reposant sur des critères cliniques précis.

En psychiatrie francophone, le terme d'état limite a longtemps été utilisé comme traduction du terme borderline. Toutefois, ce terme peut recouvrir des concepts différents selon les cadres théoriques, notamment psychanalytiques, où il peut désigner une organisation limite de la personnalité plutôt qu'un diagnostic strict.

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé utilise quant à elle le terme de trouble de la personnalité émotionnellement labile, comprenant un sous-type impulsif et un sous-type borderline, ce dernier étant globalement superposable au trouble de la personnalité borderline décrit dans le DSM.

La CIM-11 a récemment fait évoluer cette classification en abandonnant les catégories traditionnelles de troubles de la personnalité au profit d'une approche dimensionnelle. Celle-ci se base dorénavant sur le degré de sévérité du trouble et la présence de traits dominants, comme la dysrégulation émotionnelle. Dans ce cadre, le trouble de la personnalité borderline peut être compris comme un trouble de la personnalité caractérisé par une dysrégulation émotionnelle marquée.

Dans ce travail, le terme de trouble de la personnalité borderline (TPB) sera utilisé, en référence au tableau clinique décrit dans le DSM-5-TR.

Dans le DSM-5-TR (2), la personnalité borderline est définie comme « 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 et qui est présent dans des contextes divers ».

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- 1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
- 2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- 3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- 4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
- 5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- 6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- 7. Sentiments chroniques de vide.

- 8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- 9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Pour poser le diagnostic, 5 de ces 9 critères sont requis. La symptomatologie doit également correspondre aux critères généraux d'un trouble de la personnalité pour que le diagnostic soit posé, c'est-à-dire :

- A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - 1. La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).
 - 2. L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité émotionnelle, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
 - 3. Le fonctionnement interpersonnel
 - 4. Le contrôle des impulsions.
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

D. Sémiologie et étiopathogénie

Le trouble de la personnalité borderline peut être résumé en un mot par l'instabilité. Celle-ci s'exprime sur les plans émotionnel, cognitif, comportemental et interpersonnel.

L'instabilité émotionnelle constitue un élément central du trouble. Les sujets présentent une labilité de l'humeur. Leurs émotions comme la colère, la tristesse ou l'anxiété, sont ressenties de manière intense, rapide et surtout difficilement contrôlable.

L'instabilité cognitive se caractérise par des représentations de soi et de l'identité fluctuantes. Les patients présentent fréquemment une estime de soi faible et instable. On retrouve une quête identitaire persistante, avec des changements marqués concernant les valeurs, les projets de vie ou les choix professionnels. Cette fragilité identitaire peut conduire à des mécanismes d'« emprunt identitaire », également décrits sous le terme de « faux self », correspondant à l'adoption de rôles, d'attitudes ou de traits de personnalité visant à maintenir le lien à l'autre ou à répondre aux attentes perçues de l'environnement.

L'instabilité interpersonnelle se traduit par des relations intenses, passionnelles et souvent chaotiques, sous-tendues par une peur majeure de l'abandon et une hypersensibilité au rejet. Dans ce contexte, les patients peuvent être amenés à « tester » le lien affectif en poussant leurs proches dans leurs retranchements, afin d'évaluer la solidité de l'attachement. Ces comportements peuvent paradoxalement provoquer le rejet redouté, renforçant ainsi, par un biais de confirmation, la croyance d'être fondamentalement abandonnable.

L'instabilité comportementale se manifeste par une impulsivité importante, avec des comportements auto-agressifs et passages à l'acte suicidaires, souvent compris comme des tentatives inadaptées de régulation émotionnelle ou de communication de la détresse.

Le trouble de la personnalité borderline débute le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Son origine est complexe et multifactorielle. Le modèle explicatif actuellement le plus largement reconnu est le modèle bio-psycho-social, développé par Marsha Linehan, qui postule une interaction entre facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (7).

Ainsi, les patients développant un TPB présenteraient une vulnérabilité biologique sur le plan émotionnel. Celle-ci se caractérise par une sensibilité émotionnelle accrue, c'est-à-dire un seuil bas de déclenchement émotionnel, une intensité émotionnelle plus importante et un retour lent à l'état émotionnel de base. Autrement dit, les émotions sont vécues plus rapidement, plus intensément et plus durablement que chez les sujets sans trouble.

Cette vulnérabilité biologique repose sur plusieurs mécanismes (8). Sur le plan neurobiologique, les données de la littérature mettent en évidence une hyperréactivité des structures limbiques, notamment de l'amygdale, associée à une hypoactivation des régions préfrontales. Sur le plan neurochimique, des dysfonctionnements des systèmes sérotoninergique, dopaminergique et noradrénergique ont été décrits, contribuant à l'impulsivité, à l'instabilité émotionnelle et à une sensibilité accrue au stress. Par ailleurs, une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien a été observée, traduisant une réponse au stress excessive et prolongée.

À cette vulnérabilité biologique s'associent des facteurs environnementaux. Il s'agit notamment d'événements traumatiques précoces, fréquemment retrouvés dans l'histoire développementale de ces patients (9). Il peut s'agir de négligences ou d'abus physiques, sexuels ou émotionnels. L'abus sexuel durant l'enfance est ainsi rapporté chez 40 à 71 % des patients souffrant d'un TPB et hospitalisés. Au-delà de ces traumatismes manifestes, des facteurs plus insidieux peuvent également être en cause, en particulier l'exposition à un environnement familial dit "invalidant". Marsha Linehan définit cela comme un climat dans lequel les expériences internes de l'enfant — ses émotions, pensées ou sensations — sont régulièrement ignorées, minimisées, disqualifiées, punies ou jugées inappropriées. Un tel environnement entrave l'expression adéquate des émotions et l'apprentissage de stratégies efficaces de régulation de celles-ci.

Ainsi, on peut conceptualiser le développement du trouble borderline comme celui d'un enfant présentant dès la naissance un tempérament émotionnellement vulnérable, caractérisé par une sensibilité accrue et une impulsivité relative, évoluant dans un environnement invalidant. Face à l'incompréhension, au rejet ou à la

punition de ses expressions émotionnelles, l'enfant est progressivement amené à adopter des réponses émotionnelles et comportementales de plus en plus intenses afin de se faire entendre. S'installe alors un cercle vicieux, dans lequel ces manifestations sont perçues comme excessives par l'entourage, renforçant les réponses invalidantes et contribuant à la chronicisation de la dysrégulation émotionnelle.

E. Prévalence

La prévalence mondiale du trouble borderline est estimée à 1,8% (10). Parmi les patients suivis en psychiatrie ambulatoire, la prévalence est quant à elle estimée à 12% selon une revue de la littérature de 2018 (11). Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, la prévalence du trouble atteint alors 22%.

Traditionnellement, et conformément au DSM-5 (2), le trouble borderline est décrit comme plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, avec un sex-ratio d'environ trois femmes pour un homme. Cependant, plusieurs études en population générale suggèrent que la prévalence réelle pourrait être similaire entre les deux sexes (12–15). La question de la répartition homme/femme demeure donc débattue.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer pourquoi le trouble semble moins diagnostiqué chez les hommes. D'une part, ceux-ci consultent généralement moins les services de santé mentale. D'autre part, un biais sexiste pourrait conduire à un surdiagnostic chez les femmes (16). Enfin, la présentation clinique masculine pourrait être plus volontiers marquée par des manifestations externalisées — impulsivité, accès de colère, comportements agressifs — susceptibles d'orienter les cliniciens vers d'autres diagnostics, notamment le trouble de la personnalité antisociale, au détriment du diagnostic de trouble borderline (17).

F. Evolution

Le trouble borderline est, aujourd'hui encore, considéré par de nombreux professionnels comme un trouble chronique et incurable, évoluant tout au long de la vie du patient.

Pourtant, de nombreuses études prospectives et de grande échelle se sont intéressées à l'évolution sur le long terme du trouble borderline et permettent de nuancer ce constat.

En 2012, l'étude « Mc Lean Study of Adult Development » (18) publie ses résultats concernant la rémission et le rétablissement des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline (TPB) après 16 années de suivi. On définit comme rémission symptomatique le fait de ne plus répondre aux critères diagnostiques du trouble de la personnalité. Le rétablissement est quant à lui défini par un score supérieur ou égal à 61 à l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning), qui est une échelle d'évaluation globale du fonctionnement socio-professionnel.

Ainsi, sur 16 ans de suivi, 99 % des patients ont connu une rémission d'au moins 2 ans et pour 78 % des patients cette rémission a duré au moins 8 ans. Les taux de récurrence étaient de 36 % après une rémission de 2 ans, contre 10 % après une rémission de 8 ans. Par ailleurs, 60 % des patients ont connu un rétablissement d'au moins 2 ans, et 40 % un rétablissement maintenu pendant au moins 8 ans.

Des gestes suicidaires sont observés chez plus de 75 % des patients présentant un trouble borderline (19), et on estime que 6 à 10 % d'entre eux décéderont effectivement par suicide (20,21).

Afin de mieux repérer les patients borderlines les plus à risque de décéder par suicide, plusieurs études se sont intéressées aux facteurs potentiellement associés à une surmortalité suicidaire. Selon certaines études, les troubles comorbides de l'humeur et les troubles de l'usage de substances sont les facteurs de risque les plus couramment associés à l'aboutissement des tentatives de suicide (19,22). Une autre étude estime quant à elle que le seul facteur significativement corrélé à une issue létale est le nombre d'hospitalisations en psychiatrie (21).

En parallèle, on retrouve une surmortalité pour d'autres causes : cardiovasculaires, complications des addictions, cancers, accidents... Une étude révèle ainsi une réduction de l'espérance de vie de 12 à 34 ans (21) chez ces patients, ce qui est comparable à la perte d'espérance de vie retrouvée dans d'autres troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie.

G. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses. L'étude Tomko et al. (23) dénombre les suivantes :

- Dépendance à une substance (RR = 5,29)
- Dépendance à l'alcool (RR = 5,38)
- Episode dépressif caractérisé (RR = 11,76)
- Troubles bipolaires (RR = 16,39)
- Troubles anxieux (RR = 14,29)
- Trouble de stress post-traumatique (RR = 10,42)
- Trouble de la personnalité du cluster A (RR = 20,83)
- Trouble de la personnalité du cluster B (RR = 13,16)
- Trouble de la personnalité du cluster C (RR = 9,52) .

Concernant les troubles du comportement alimentaire, une étude révèle que 21,7% des patients borderline souffrent également d'anorexie mentale, 24,1% présentent une boulimie et 28,3% présentent un trouble du comportement alimentaire non spécifié. (24)

Par ailleurs, le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité est également une comorbidité fréquente, représentant 16 à 40% des patients borderline selon les études (25,26).

Il est important de souligner que les troubles comorbides semblent suivre la même évolution que celle du trouble borderline. Ainsi, pour les patients chez qui on observe une rémission du trouble borderline, on constatera généralement une rémission des troubles comorbides de l'axe I. (24) Les troubles de l'humeur semblent avoir peu d'impact sur l'évolution du trouble borderline tandis que les troubles de l'usage de substances (TUS) sont associés à une moins bonne évolution du trouble (24).

Ainsi, les TUS, en raison de leur forte prévalence et de leur influence défavorable sur l'évolution du TPB, méritent une attention particulière. La prévalence des TUS ou dépendances chez les patients borderline varie de 23 % à 84 % selon les études, avec une médiane à 65 % (115). L'absence de TUS a été associée à un délai de

rémission jusqu'à quatre fois plus rapide, soulignant le rôle majeur de la consommation de substances dans la persistance du TPB (116).

Les patients souffrant à la fois d'un TPB et d'un TUS présentent des caractéristiques cliniques spécifiques, notamment une impulsivité accrue et une dysrégulation émotionnelle marquée. La consommation de substances apparaît souvent comme une stratégie de régulation émotionnelle, mais elle augmente également le risque d'automutilations et de comportements suicidaires, en lien avec l'intensification de l'impulsivité lors de l'intoxication. Cette double comorbidité s'accompagne d'une altération psychosociale plus importante, d'une psychopathologie plus sévère et d'une consommation de substances plus fréquente que chez les patients présentant l'un ou l'autre des diagnostics isolément (116-118).

Enfin, les études montrent que la comorbidité TPB-TUS est associée à des taux de rechute plus élevés, à une moindre observance des traitements et à des résultats thérapeutiques globalement moins favorables, faisant des troubles liés à l'usage de substances le facteur principal entravant la rémission du TPB. (116)

Ainsi, l'association d'un TPB et d'un TUS pourrait constituer chez certains patients une pathologie duelle.

H. Difficultés rencontrées dans la prise en soins de ces patients

1. Stigmatisation et auto-stigmatisation

Le Centre Ressource en Réhabilitation (CRR) définit la stigmatisation comme « l'exclusion d'un groupe social des personnes jugées différentes de la "norme" majoritaire » (27). En psychiatrie, le trouble de la personnalité borderline est considéré comme l'un des troubles les plus stigmatisés par les soignants en santé mentale (28).

En effet, les patients souffrant d'un TPB ont souvent le statut de patient "difficile" (29) au sein des systèmes de soins psychiatriques. On pourrait s'attendre à ce que ce statut soit attribué aux patients en fonction de leurs comportements, notamment les

comportements auto- ou hétéro-agressifs, qui mettent évidemment à mal les équipes soignantes. Toutefois, les études montrent que le statut de patient « difficile » dépend avant tout du diagnostic posé. Ainsi, pour un même comportement difficile, les patients diagnostiqués avec un TPB seront susceptibles d'être jugés plus négativement par les équipes soignantes que les patients souffrant de schizophrénie (30). Cela s'explique par la responsabilité du patient : les patients souffrant d'un TPB sont généralement jugés comme pleinement responsables de leurs actes, ils pourraient même faire preuve d'un « haut niveau d'implication intellectuelle pour orchestrer leurs comportements déviants, plutôt que d'agir involontairement à cause de leur maladie » (29). A contrario, les comportements difficiles des patients schizophrènes sont plus facilement "excusés" par leur pathologie, les soignants ne les considérant pas comme responsables, ni moralement déviants mais simplement comme malades.

Alors que certains diagnostics amènent à plus d'empathie et moins de stigmatisation, le diagnostic de trouble borderline tend à produire l'effet inverse. Plus largement, ce diagnostic ne permet pas toujours à l'usager d'accéder au statut de patient. Certains soignants remettent en cause la réalité de ce trouble et sa légitimité dans les soins. Ainsi, les symptômes mêmes du trouble tels que les difficultés interpersonnelles, la peur de l'abandon, les conduites auto-agressives, sont parfois vus comme des tentatives délibérées de manipulation du système de soins. Dès lors, si ces patients ne sont plus perçus comme véritablement en souffrance, leur prise en soins ne semble plus relever du champ médical. On peut donc assister à une « démedicalisation du trouble » (29). Cela peut justifier, chez certains soignants, un désengagement ou un défaut de formation spécifique. En retour, ce manque de formation et de compréhension contribue à rendre la relation thérapeutique plus difficile, alimentant un cercle vicieux. Plusieurs travaux ont mis en évidence que les patients souffrant d'un TPB se verraient ainsi souvent « refuser l'accès aux services de santé mentale » (28), du fait de leur diagnostic. Lorsqu'ils sont hospitalisés, les équipes soignantes trouvent généralement la décision d'hospitalisation « moins justifiée » (31) que la décision d'hospitaliser une personne souffrant d'un épisode dépressif. Par ailleurs, lors d'une hospitalisation, l'équipe infirmière ainsi que les psychiatres peuvent avoir tendance à adopter des attitudes plus négatives et faire preuve de moins d'empathie avec les patients souffrant d'un TPB. « L'étiquette de

patient difficile est facilement et rapidement communiquée entre les infirmiers et peut conduire à des soins de moindre quantité ou de moindre qualité. » (32)

Or, cette différence de traitement n'échappe pas aux patients souffrant d'un trouble borderline. Au vu de leur hypersensibilité interpersonnelle, cela pourra être perçu et vécu comme un énième rejet par le patient. Cela va avoir tendance à renforcer leurs comportements difficiles, ce qui aura pour conséquences d'entretenir les attitudes négatives des soignants. On aboutit ainsi à un « cercle vicieux de comportements inefficaces, dont le patient est blâmé » .

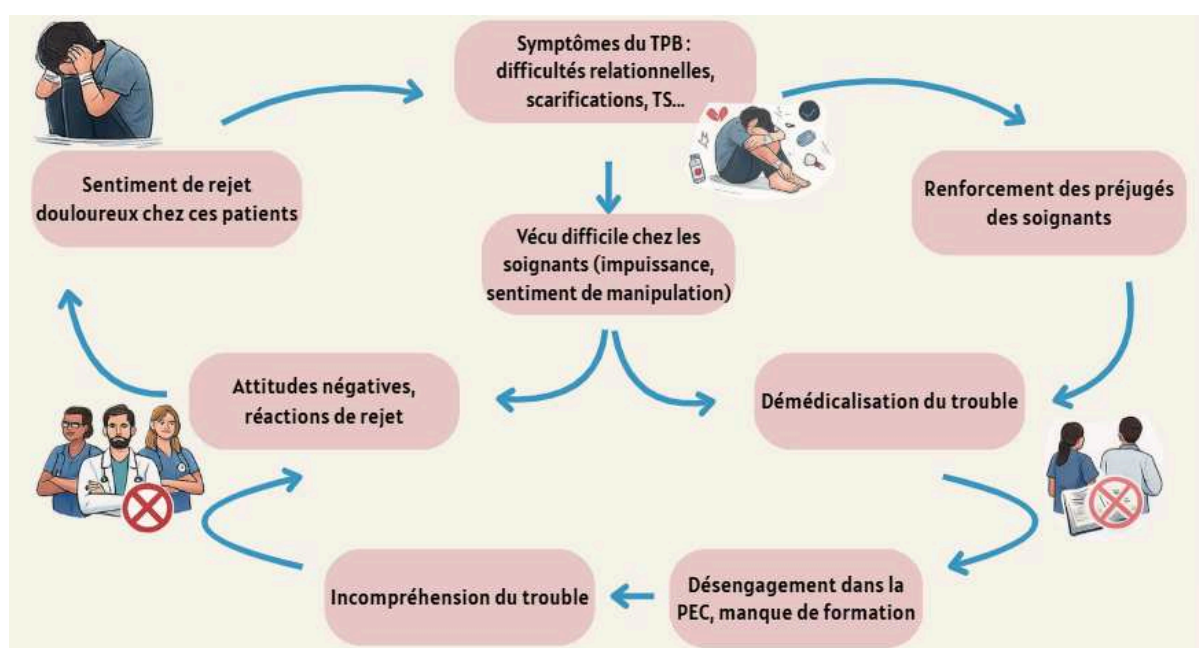


Figure 1 : cercle vicieux de la stigmatisation dans le trouble borderline

L'auto-stigmatisation correspond à l'internalisation des préjugés et des stéréotypes négatifs par les personnes stigmatisées elles-mêmes. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les personnes souffrant d'un TPB, qui présentent le taux le plus élevé d'auto-stigmatisation parmi les troubles mentaux (28). Une étude menée en 2020 (33) sur un échantillon de plus de 700 patients engagés dans un parcours de réhabilitation psychosociale a révélé que 43,8% des patients souffrant d'un TPB se déclaraient concernés par l'auto-stigmatisation. Ce chiffre pourrait cependant être sous-estimé, car la réhabilitation psycho-sociale utilisée dans cette

population est reconnue pour son rôle dans la réduction de la stigmatisation et l'auto-stigmatisation.

La stigmatisation et l'auto-stigmatisation sont des obstacles majeurs au rétablissement en santé mentale, en impactant « l'estime de soi, le sentiment d'auto-détermination et le pouvoir d'agir ».

Comme l'a formulé John Gunderson, auteur de référence sur le trouble borderline : « Le trouble de la personnalité borderline est à la psychiatrie ce que la psychiatrie est à la médecine. » (34). Autrement dit, à l'image de la psychiatrie souvent marginalisée au sein de la médecine, le trouble borderline reste, encore aujourd'hui, en marge de la psychiatrie : incompris, redouté, et souvent relégué aux frontières de la prise en soins.

2. Un manque de connaissances théoriques... et d'intérêt

Une étude publiée en 2022 (35) montre un manque de connaissances théoriques chez divers professionnels de la santé mentale concernant le trouble borderline. L'étude s'appuyait sur deux questionnaires administrés aux 126 participants d'une formation dédiée aux approches psychothérapeutiques du trouble borderline. Les participants provenaient de divers corps de métiers, incluant ainsi des psychiatres/pédopsychiatres, infirmiers en santé mentale, psychologues, travailleurs sociaux.

Le premier questionnaire évaluait leurs connaissances théoriques sur le trouble. Le score moyen de réponses correctes était de 54,19 %, un résultat relativement faible pour des professionnels tous déjà formés en santé mentale. Ce questionnaire est disponible en annexe 1.

Le second questionnaire explorait quant à lui leurs représentations sur les patients borderline. Les résultats de ce questionnaire montrent :

- « Qu'un participant sur cinq aimerait éviter les patients avec TPB,
- Plus de 12 % des soignants ne les apprécient pas,
- 23 % pensent qu'ils sont manipulateurs,
- Près de la moitié des soignants interrogés ont une faible confiance en leur capacité à faire une différence positive dans la vie des patients avec TPB ».

De plus, il convient de noter un biais de sélection important : les participants de l'étude, inscrits à une formation spécialisée, étaient supposément plus intéressés par le trouble que la moyenne des professionnels. Ce biais pourrait donc sous-estimer l'ampleur des attitudes négatives et du manque de connaissances dans une population plus large de professionnels.

3. Un manque d'investissement dans la recherche

Une étude de 2014 a montré qu'aux Etats-Unis, le financement attribué par le NIH (National Institute of Health) à la recherche pour le trouble bipolaire était plus de 10 fois supérieur à celui alloué pour le trouble borderline (respectivement 622 millions contre 55 millions, sur une période de 25 ans). Ces données mettent en lumière que les ressources financières investies ne sont pas proportionnelles à la gravité du trouble borderline, notamment « en termes de morbidité psychosociale, de mortalité et de dépenses de santé associées à ce trouble » (36).

Cette sous-représentation dans la recherche apparaît d'autant plus problématique que le trouble constitue un enjeu majeur de santé publique. En effet, les patients présentent une consommation particulièrement élevée de soins avec des hospitalisations fréquentes, de nombreux recours aux services d'urgences et un suivi médical souvent complexe et prolongé.

Au-delà des coûts directs de santé, le trouble borderline engendre également des coûts indirects considérables liés au handicap fonctionnel. Les patients présentent des taux d'emploi plus faibles, des arrêts de travail répétés, des périodes de chômage prolongé. On estime que 20 à 45 % des patients présentant un TPB touchent une pension d'invalidité (37).

Le coût annuel total estimé par patient se situe ainsi entre 16 852 et 28 026 euros selon les études (38,39). À titre de comparaison, les coûts annuels moyens par patient sont nettement inférieurs pour d'autres pathologies psychiatriques ou neurologiques, tels que les troubles anxieux (1 077 €), les troubles de l'humeur (3 406 €) ou encore la maladie de Parkinson (11 153 €) (40).

On observe donc un décalage entre le poids socio-économique considérable du trouble et les moyens scientifiques et institutionnels qui lui sont consacrés. Cela soulève des interrogations quant à sa reconnaissance et à sa priorisation dans les politiques de recherche en santé mentale.

4. Un diagnostic parfois méconnu... par les patients eux-mêmes

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2022 un « guide d'annonce de diagnostic psychiatrique sévère » (41). Cela témoigne de la volonté de généraliser et mieux encadrer l'annonce diagnostique en psychiatrie, telle qu'elle peut l'être dans d'autres spécialités comme l'oncologie, la neurologie ou la rhumatologie. Bien que le guide souligne les spécificités d'un diagnostic psychiatrique, il rappelle qu'il s'agit avant tout d'une obligation légale et éthique. L'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique précise en effet que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » (42). Le guide de la HAS affirme que l'annonce diagnostique est « nécessaire et attendue par le patient » et qu'elle permet à celui-ci de « mieux appréhender sa maladie, d'apprendre à vivre avec et de participer pleinement à sa prise en charge ».

Le droit à l'information est de plus en plus revendiqué par les patients, notamment par les associations d'usagers. A l'ère où la médecine se veut plus collaborative, il semble nécessaire de redonner un rôle actif aux patients dans leur prise en soins et d'abandonner le modèle paternaliste de la médecine d'autrefois.

Il existe très peu de littérature scientifique concernant l'annonce diagnostique en psychiatrie et les quelques articles portant sur ce sujet concernent surtout les troubles schizophréniques. Ainsi, une revue de la littérature de 2017 (43) montre que les psychiatres français sont moins enclins à annoncer un diagnostic de schizophrénie que leurs homologues anglo-saxons. Les taux d'annonce du diagnostic de schizophrénie en France varient de 13,5 à 39% selon les études. A noter, que la dernière étude de grande ampleur en France remonte à 1999 (44).

Les raisons de ces réticences sont les suivantes (44) (45) :

- Crainte de donner une "étiquette" aux patients,
- Doute diagnostique,
- Incapacité cognitive présumée du patient à comprendre son diagnostic,
- Crainte de stigmatiser le patient,
- Pessimisme lié au pronostic,
- Absence d'intérêt, absence de demande du patient,

- Risque de provoquer un passage à l'acte suicidaire.

Pourtant, d'après les différentes études (46–48), toutes réalisées spécifiquement chez des patients souffrant de schizophrénie, l'annonce diagnostique a montré de nombreux bénéfices :

- Amélioration de l'observance thérapeutique,
- Amélioration de l'alliance, de la relation médecin-patient,
- Amélioration de la conscience des troubles,
- Accès à la psychoéducation permettant de favoriser l'autonomie du patient, afin qu'il acquière une meilleure compréhension de son fonctionnement, qu'il repère plus précocement les signes de rechute...
- Sentiment de soulagement pour le patient,
- Atténuation de la souffrance ressentie par les proches, permettant ainsi un étayage familial de meilleure qualité.

Si on en revient spécifiquement au trouble borderline, les données de la littérature se font encore plus rares. Il semblerait que le diagnostic soit peu annoncé mais les études quantitatives manquent (49). Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2015 révèle que 57% des psychiatres interrogés ne divulguent pas systématiquement le diagnostic de TPB (50). Une étude plus ancienne, réalisée à partir de vignettes cliniques, montrait que 55% des psychiatres américains révéleraient spontanément le diagnostic de TPB et que 16% de plus le révéleraient si cela leur était demandé directement (51).

Les raisons invoquées pour ne pas révéler le diagnostic sont sensiblement les mêmes que celles invoquées pour la schizophrénie (49,51) :

- Incertitude diagnostique et pronostique,
- Crainte de stigmatiser le patient (y compris parmi les soignants), de lui apposer une "étiquette" péjorative,
- Questionnement sur la validité du trouble,
- Absence d'intérêt pour la prise en charge,
- Crainte que cela ne soit pas compris par le patient,
- Crainte de blesser le patient.

Les effets bénéfiques attendus sont globalement les mêmes (49,52,53) :

- Favoriser l'autonomie du patient, l'« empowerment »
- Apporter un sentiment de soulagement,

- Apporter un sentiment d'espoir, de possibilité de changement
- Accéder à de la psychoéducation, y compris auprès de la famille,
- Accéder au traitement le plus adapté : ainsi chez les patients borderline, pour qui les effets de la pharmacothérapie sont limités, cela permettrait d'éviter de placer trop d'attentes et d'espoir en ces traitements pour privilégier la psychothérapie. (49)

IV. Revue de la littérature sur la prise en soins du trouble borderline

A. Matériels et méthodes

Ce travail est une revue narrative de la littérature, portant sur la prise en soins du trouble de la personnalité borderline, avec un focus sur les approches pharmacologiques, psychothérapeutiques et les recommandations internationales de bonnes pratiques. Les recherches ont été réalisées sur les bases de données PubMed et Google Scholar au cours de la période suivante : mai 2024 à novembre 2025.

Les termes de recherche combinés étaient : (borderline personality disorder) AND ((pharmacology) OR (psychotherapy) OR (guidelines)).

Ont été inclus dans cette revue les articles répondant aux critères suivants :

- Articles rédigés en français ou en anglais,
- Articles portant spécifiquement sur le trouble de la personnalité borderline,
- Études abordant :
 - la prise en charge pharmacologique, et/ou
 - la prise en charge psychothérapeutique, et/ou
 - les recommandations cliniques, lignes directrices ou consensus d'experts.
- Articles originaux (essais cliniques, études observationnelles), revues de la littérature, méta-analyses et recommandations de bonnes pratiques.

Ont été exclus de l'analyse :

- Articles ne portant pas spécifiquement sur le trouble de la personnalité borderline,
- Articles ne traitant pas des modalités de prise en charge,
- Articles dont le texte intégral n'était pas accessible,
- Articles rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais.

Les articles ont été analysés après une lecture des résultats basée sur le titre, le

résumé puis l'article complet. Nous avons également examiné les références citées dans les articles pertinents afin d'identifier toute étude supplémentaire pouvant être intégrée dans cette revue de la littérature.

Les résultats de cette revue ont permis de faire émerger plusieurs axes de bonnes pratiques, servant ensuite de base à l'élaboration d'un questionnaire destiné aux psychiatres du GHT Nord-Pas-de-Calais, dans le but d'évaluer l'adéquation entre ces recommandations et les pratiques de terrain.

B. Prise en charge psychothérapeutique

Le trouble borderline a longtemps été vu comme incurable et chronique. Cette vision a toutefois évolué dans les années 1990 avec le développement de nombreuses psychothérapies spécifiquement conçues pour le trouble, qui ont fait preuve de leur efficacité.

Les plus étudiées sont les suivantes : la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD), la Thérapie Basée sur la Mentalisation (TBM), la Thérapie Focalisée sur le Transfert (TFP) et la thérapie des schémas.

1) Présentation des différentes psychothérapies spécifiques

a) La thérapie comportementale dialectique

La TCD est un type de psychothérapie développée et manualisée par Marsha Linehan (7) en 1993. Marsha Linehan est une psychologue américaine qui considère elle-même avoir souffert d'un trouble de la personnalité borderline lorsqu'elle était adolescente. Sa thérapie est inspirée à la fois des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), du bouddhisme (mindfulness) et de la philosophie dialectique. La dialectique est une manière de penser qui repose sur l'idée que deux choses en apparence contradictoires peuvent être vraies toutes les deux. Il s'agit en fait de chercher un équilibre plutôt que d'adopter une position

extrême. Dans le cadre de la TCD, il s'agit de trouver un équilibre entre l'acceptation des symptômes et la nécessité de changement.

La TCD est composée de quatre axes :

- Des séances hebdomadaires de psychothérapie individuelle,
- Des groupes d'entraînement aux compétences,
- Un coaching téléphonique en cas de crise,
- Une supervision pour les cliniciens en charge des patients.

La psychothérapie individuelle porte surtout sur des analyses en chaîne (appelées aussi analyses fonctionnelles en TCC) qui consistent à identifier les facteurs conduisant à un comportement problématique afin de trouver des solutions plus adaptées.

Les groupes d'entraînement aux compétences ciblent quatre domaines qui sont défaillants chez les personnes borderline : la tolérance à la détresse, l'efficacité interpersonnelle, la régulation émotionnelle et la pleine conscience.

Le coaching téléphonique consiste en la possibilité de joindre un professionnel en dehors des séances prévues, en cas de crise, selon un plan de crise graduel, préparé et contractualisé avec le patient en amont.

L'objectif de cette thérapie est que le patient puisse vivre « une vie qui vaut la peine d'être vécue ».

b) La thérapie basée sur la mentalisation

La thérapie basée sur la mentalisation a été développée dans les années 1990 par Peter Fonagy, professeur en psychanalyse, et Anthony Bateman. La mentalisation correspond à notre capacité à se représenter nos états mentaux et ceux des autres, incluant ainsi nos émotions, nos représentations, nos croyances, nos désirs, nos besoins... La mentalisation permet d'expliquer et comprendre nos comportements et ceux des autres.

Chez les personnes souffrant d'un TPB, cette fonction de mentalisation est défaillante. Ces patients présentent régulièrement des « bris de mentalisation » ou « ruptures de mentalisation », c'est-à-dire des moments durant lesquels ils n'arrivent

plus à comprendre l'autre et ses intentions. Les bris de mentalisation vont se manifester par une tendance à la sur-généralisation, une polarisation du discours, une recherche de coupables... Cela va donc générer une activation émotionnelle ou une activation du système d'attachement chez le patient. Cet enchaînement peut conduire à un sentiment d'incompréhension chez l'interlocuteur comme chez le patient, qui, associé à la dysrégulation émotionnelle des patients, pourra engendrer des conflits et donc des difficultés interpersonnelles.

En pratique, la thérapie se base sur des séances individuelles hebdomadaires et des séances de groupe afin d'améliorer cette capacité de mentalisation.

c) La thérapie focalisée sur le transfert

La thérapie focalisée sur le transfert (ou *Transference-Focused Psychotherapy* ou TFP) est une psychothérapie d'orientation psychanalytique, conceptualisée par Otto Kernberg.

La TFP se concentre sur les problématiques interpersonnelles rencontrées par les patients borderline, ainsi que sur les réactions émotionnelles intenses qui en résultent. Cette problématique interpersonnelle va émerger dans la relation avec le thérapeute, par le "transfert". Ainsi, thérapeute et patient pourront travailler conjointement sur la résolution de ces difficultés interpersonnelles, en amenant le patient à penser de manière plus rationnelle.

La TFP comprend 2 séances hebdomadaires de psychothérapie individuelle. Il n'y a pas de thérapie de groupe.

d) La thérapie des schémas

La thérapie des schémas a été développée par Jeffrey Young, psychologue américain, dans les années 1990. Formé auprès des grands noms de la TCC, Young s'est évidemment inspiré des théories cognitivistes mais il a également intégré différents concepts notamment de psychanalyse, faisant donc de la thérapie des schémas une thérapie intégrative. L'objectif de la thérapie des schémas est d'identifier nos schémas inadaptés afin de les "corriger". Young décrit 18 schémas

précoces inadaptés, qui se construisent au cours de l'enfance et l'adolescence, en réponse à la non-satisfaction des besoins affectifs de l'enfant. Parmi les schémas régulièrement retrouvés dans le trouble de la personnalité borderline on peut citer les schémas d'abandon/ instabilité, d'imperfection/ honte, de méfiance/ abus ou encore de carence affective. Ces schémas correspondent à des modes de pensée et de fonctionnement, qui vont venir influencer la manière dont on se perçoit soi-même, dont on perçoit les autres et dont on interagit avec eux. Les schémas vont être plus ou moins activés lors d'événements de vie déclencheurs et vont alors provoquer une émotion forte.

2) Résultats des psychothérapies spécifiques

Plusieurs méta-analyses se sont penchées sur la question de l'efficacité des psychothérapies dans la prise en charge du TPB.

Tableau 1 : Synthèse des différentes méta-analyses évaluant l'efficacité des psychothérapies dans le trouble de la personnalité borderline.

	Type d'études	Résultats	Limites
Méta-analyse Cristea (54) (2017)	33 ECR, soit 2256 patients 12 ECR évaluant la TCD 8 ECR évaluant les approches psycho-dynamiques (TBM, TFP, thérapie des schémas) 5 ECR évaluant la TCC 8 ECR évaluant d'autres approches	Efficacité modérée des psychothérapies sur : la sévérité des symptômes borderline, les comportements auto-agressifs, la suicidalité, la psychopathologie générale et la consommation des soins de santé. La TCD et les approches psychodynamiques (TFP, TBM, thérapie des schémas) sont les seules psychothérapies ayant montré une supériorité par rapport à l'intervention contrôle. La TCC et les autres interventions n'ont pas montré d'efficacité.	Taille d'effet petite et risque de biais de publication
Méta-analyse Storebo (55) (2020)	75 ECR, soit 4 507 patients	En général, la psychothérapie semble être plus efficace que le traitement habituel pour réduire la gravité des symptômes du trouble, les automutilations, la suicidalité, la dépression, tout en améliorant le fonctionnement psychosocial. Cependant, seule la diminution de la gravité des symptômes s'est avérée atteindre un niveau cliniquement pertinent. La TCD semble être plus efficace pour réduire la gravité du trouble, les automutilations et améliorer le fonctionnement psychosocial par rapport au traitement habituel et la TBM semble plus efficace que le traitement habituel pour réduire les automutilations et les tendances suicidaires.	Preuves de faible qualité
Méta-analyse Rameckers (56) (2021)	87 études, soit 5881 patients. 35 ECR, 46 essais ouverts, 6 séries de cas 33 études sur la TCD 10 sur la TCD simplifiée 9 sur la TBM 5 sur la TFP 11 sur la thérapie des schémas 9 sur la thérapie psychodynamique 6 sur la TCC 2 sur la TCCE 4 sur des psychothérapies combinées	Les psychothérapies en général se sont révélées plus efficaces que l'intervention contrôle. La thérapie des schémas, la TBM et la TCD-révisée étaient associés à des tailles d'effet supérieures à la moyenne. Les symptômes qui ont connu la plus forte amélioration sont : la gravité générale du trouble et l'instabilité affective. Ceux qui ont connu la plus faible amélioration sont : la dissociation, la colère, l'impulsivité et les tendances suicidaires et automutilations. La taille d'effet est modérée à importante.	Inclusion d'études ouvertes, biais de publication

Ainsi, les différentes méta-analyses concluent toutes à une efficacité des psychothérapies spécialisées, tout en soulignant l'existence de biais de publication et de tailles d'effet modestes. En effet, il est complexe d'évaluer scientifiquement et rigoureusement les psychothérapies. De même, il est très difficile d'affirmer la supériorité d'une psychothérapie par rapport à une autre.

Certains auteurs expliquent ces résultats par le concept de « facteurs communs efficaces ». Il s'agit de caractéristiques partagées par différentes approches psychothérapeutiques et contribuant à leur efficacité. Ainsi, selon Bateman (112) et Prada (113), les principaux facteurs communs des thérapies destinées aux patients souffrant d'un TPB sont les suivants :

- « Un modèle cohérent de compréhension du trouble borderline, partagé par le patient et son thérapeute,
- Une thérapie manualisée avec une structure forte et claire,
- Une recherche de l'adhésion au traitement,
- Une posture active du thérapeute avec développement d'une relation d'attachement forte entre le thérapeute et le patient,
- Des cibles thérapeutiques claires et expliquées, que ce soient les comportements problématiques ou les modes de relations interpersonnelles dysfonctionnels,
- Une coordination avec les autres soins potentiellement reçus par le patient,
- Une évaluation fréquente et régulière des risques,
- Une durée de traitement relativement longue. »

Si l'efficacité des différentes psychothérapies spécialisées semble donc plutôt similaire, qu'en est-il de leur coût et de leur faisabilité en pratique clinique ?

3) Les psychothérapies spécifiques en pratique clinique

Bien qu'elles aient plutôt fait preuve de leur efficacité, les psychothérapies spécifiques au TPB peinent à se répandre dans le monde, notamment en France. De nombreux obstacles ont été identifiés par une étude de 2019 (57), parmi lesquels :

- « Le manque de soutien de la part des autorités de santé publique ou des directeurs de programme »,
- « Le manque de temps, de ressources et de fonds pour assister à une formation »,
- « La difficulté à recruter et à retenir le personnel, avec une rotation du personnel »,
- « Le manque de capacité et les problèmes organisationnels »,
- « L'instabilité de la dynamique d'équipe, de la communication et de la supervision ».

En effet, ces psychothérapies sont coûteuses et exigeantes, tant sur le plan de la formation des professionnels que sur le plan de leur application auprès des patients. Ainsi, la probabilité qu'une équipe spécialisée en TCD perdure plus de 10 ans serait inférieure à 50%, d'après cette étude.

Le tableau suivant compare les coûts, la formation et la mise en œuvre des différentes psychothérapies. Il est extrait et traduit de la même étude de 2019.

Tableau 2 : Comparaison des principales psychothérapies spécialisées du trouble de la personnalité borderline : formation, modalités et coûts

Thérapie	Temps de formation et modalités de validation	Coût de formation	Composantes de la thérapie	Durée de thérapie	Coût de la thérapie	Nombre max. de cas par semaine
Spécialisée						
TCD	Différent selon les pays	\$1500 - \$3700	- Equipe de 3 personnes (minimum) - Thérapie de groupe : 2h/semaine - Thérapie individuelle : 1h/semaine - Consultation en équipe : 2h/semaine - Coaching téléphonique 24h/24	1 an	\$17 000 - \$28 000	32
TBM	5 jours de cours, 4 patients (avec 24 séances par cas), 4h de supervision par cas	\$1600 - \$1850	- Équipe de 4 personnes (minimum), - Thérapie de groupe : 1,5h/semaine, - Thérapie individuelle : 1h/semaine, - Consultation en équipe : 1h/semaine.	1-1,5 ans	\$22 000 - \$33 000	34
TFP	34 séminaires hebdomadaires sur 1 an (avec supervision) ou 6 jours d'ateliers et 6 mois d'études à domicile (avec supervision)	\$3000 - \$3500	- Thérapie individuelle : 2 séances/ semaine, - Supervision hebdomadaire	2-3 ans	\$20 500- \$82 000	19
Schémas	8 jours de cours (25h didactiques, 15h de jeux de rôle supervisés), 20 séances de supervision sur 1 an, 2 cas (25h chacun)	\$975 - \$3400	- Thérapie individuelle : 1 à 2 séance(s)/ semaine - Supervision hebdomadaire	2-3 ans	\$16 500 - \$66 000	19-39

Les psychothérapies spécifiques semblent toutes présenter la même efficacité, en raison de leurs facteurs communs efficaces. Toutefois, celles-ci sont peu accessibles en pratique car très coûteuses sur le plan financier et humain. Il semble donc intéressant de développer de nouveaux modèles de prise en charge, simplifiés et plus généralistes, tout en conservant bien sûr les facteurs communs efficaces. C'est notamment le cas du Good Psychiatric Management (GPM) et du Structured Clinical Management (SCM). Leur coût, leur formation et leurs modalités pratiques, beaucoup moins contraignantes, sont détaillés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Comparaison des principales psychothérapies généralistes du trouble de la personnalité borderline : formation, modalités et coûts

Thérapie	Temps de formation	Coût de formation	Composantes de la thérapie	Durée de thérapie	Coût de la thérapie	Nombre max. de cas par semaine
Généraliste						
GPM	1 jour	\$0- \$295	- Thérapie individuelle : hebdomadaire à mensuelle - Thérapie de groupe et supervision recommandées	Ouverte	\$13 000	39
SCM	2 jours	\$260	- Séance de thérapie individuelle hebdomadaire - Thérapie de groupe : 1,5h/ semaine, - Consultation en équipe : 1h/ semaine	1 an	\$13 000	34

4) Des modèles plus généralistes et donc plus réalistes ?

Le Good Psychiatric Management (GPM) a été initialement développé comme traitement contrôle d'un essai contrôlé randomisé en 2009 (58), comparant la TCD à une prise en charge généraliste. Il a été élaboré selon les recommandations de bonne pratique de l'American Psychiatric Association (APA).

Il combine deux approches :

- Le case management, qui se concentre sur la vie en dehors de la thérapie,

- La psychothérapie, qui se concentre sur une meilleure compréhension de soi et des émotions et une meilleure adaptation au stress. Elle peut intégrer des approches psychodynamiques et cognitivo-comportementales.

L'objectif à long-terme est l'obtention d'une vie professionnelle et sociale satisfaisante, en passant par des objectifs intermédiaires tels que la diminution des symptômes et l'amélioration de l'auto-contrôle.

Les modalités sont multiples : séances de psychothérapie individuelle, traitements pharmacologiques centrés sur les symptômes, coaching téléphonique... Les thérapies de groupe sont également recommandées, de même que l'implication de la famille dans la prise en charge. La fréquence des rendez-vous et la durée de la thérapie dépendent de l'efficacité de celle-ci.

La psychoéducation a une place majeure dans le GPM. A nouveau, il convient d'expliquer aux patients le développement du trouble par l'interaction entre des facteurs génétiques (enfant hypersensible, vulnérable) et des facteurs environnementaux. Le concept théorique à la base de ce modèle est l'hypersensibilité interpersonnelle. Selon ce concept, les émotions, cognitions et comportements dysfonctionnels chez les patients borderline s'expliquent tous par des contextes interpersonnels.

Les six grands principes du GPM sont les suivants :

- En tant que thérapeute, il faut adopter une position active plutôt que réactive. Ainsi, il faut savoir rester réfléchi et réflexif face aux diverses situations et ne pas être dans l'agir. Ainsi, on apprend au patient à mieux réfléchir, par modeling.
- Il est important de soutenir le patient, en validant son vécu et ses émotions sans jugement, ce qui ne signifie pas nécessairement être d'accord avec lui.
- Il faut se concentrer sur « la vie réelle » du patient, en dehors de la thérapie. L'accent doit notamment être porté sur l'engagement dans une activité (professionnelle, bénévole ou formatrice), puis les relations interpersonnelles.
- La relation avec le patient doit être professionnelle mais aussi réelle, c'est-à-dire authentique.
- Un changement est attendu. En cas d'inefficacité (absence de changement, voire majoration des comportements dommageables), il conviendra donc de remettre en question la poursuite de cette prise en charge.

- Il faut favoriser la responsabilisation du patient qui doit être acteur de sa prise en charge et de sa vie.

Les résultats de l'étude comparant la TCD au GPM montrent que les deux traitements ont permis une diminution des comportements suicidaires et auto-agressifs. On retrouve également une diminution de l'utilisation des soins (consultation aux urgences, hospitalisation en psychiatrie) ainsi qu'une amélioration de la sévérité globale du trouble, de la dépression, de la colère et du fonctionnement interpersonnel. L'étude n'a pas montré de supériorité de la TCD sur le GPM. Il est à noter que la prise en charge GPM était réalisée par des thérapeutes qui avaient une expertise sur le trouble. Ceci est un point important car l'expertise du thérapeute et ses connaissances sur le trouble semblent jouer un rôle majeur dans l'efficacité des thérapies.

Par ailleurs, « une étude menée auprès de près de 300 cliniciens a montré qu'une formation GPM standard d'une journée réduisait l'aversion des cliniciens pour les personnes atteintes de TPB et leur motivation à les éviter, améliorait leur confiance dans leur capacité à traiter le trouble et corrigeait les idées fausses négatives sur la pathologie limite ». (59)

Le Structured Clinical Management (SCM) est une prise en charge qui a été développée en tant que condition contrôle dans un essai randomisé comparant la TBM à la SCM (60).

L'objectif de la SCM est de fournir un cadre structuré de soins. A nouveau, « l'accent est mis sur le partage du diagnostic avec les patients, la psychoéducation, la création d'alliances basées à la fois sur des facteurs contractuels (par exemple, l'accord sur les objectifs) et relationnels (par exemple, la confiance, la fiabilité, l'affection), l'encouragement de l'implication de la famille, le recours limité à l'intervention pharmacologique, et une planification explicite de la gestion de la crise » (61). La SCM inclut des séances de psychothérapie individuelle ainsi que des séances hebdomadaires de thérapie de groupe.

Dans l'étude comparant la TBM à la SCM, on retrouve, dans les deux groupes, une diminution significative des gestes suicidaires, des lésions auto-infligées, des

hospitalisations, de la sévérité globale du trouble ainsi qu'une amélioration significative du fonctionnement interpersonnel. Toutefois, ces améliorations semblent plus marquées et plus durables dans le groupe TBM.

En conclusion, nous pouvons citer une étude de 2018 qui s'est intéressée à l'adéquation entre l'offre et la demande de soins pour les patients borderline. Cette étude conclut que « les approches généralistes, telles que la SCM et le GPM, peuvent être une bonne option pour contribuer à accroître la capacité à traiter le trouble borderline, compte tenu de leur moindre engagement en termes d'exigences et de coûts de formation, ainsi que de leur flexibilité dans la pratique ». Il s'agit d'une approche « suffisamment bonne » (62).

Cette étude ajoute également que les traitements plus spécialisés et plus intensifs pourraient être réservés à une certaine population de patients, plus sévèrement atteints et/ou ne répondant pas à une approche généraliste.

C. Prise en charge médicamenteuse

Les psychotropes sont largement prescrits chez les patients atteints de trouble de la personnalité borderline et la polymédication est fréquente. Selon les études (63–67) :

- 70 à 80 % des patients reçoivent au moins un traitement psychotrope,
- 50 % à 80 % en reçoivent au moins deux,
- 34 % à 56 % en reçoivent au moins trois,
- 20 % à 30 % en prennent au moins quatre,
- Et 11 % sont traités par cinq médicaments ou plus.

En ce qui concerne les classes de psychotropes prescrites, les antidépresseurs sont les plus fréquemment utilisés, avec des taux de prescription allant de 70 à 81 %. Les antipsychotiques sont également largement prescrits (34,5 à 70 %), suivis des stabilisateurs de l'humeur (31 à 41 %) et des benzodiazépines, dont l'usage est très variable selon les études (20 à 73 %) (63–68).

La présence de comorbidités psychiatriques est le principal facteur associé à la prescription de psychotropes et à la polypharmacie (65,69). Néanmoins, il est important de souligner qu'un recours important aux psychotropes est également

observé chez les patients ne présentant aucune comorbidité sur l'axe I : 83,2 % des patients avec comorbidité reçoivent un traitement, mais également 67,5 % parmi ceux sans comorbidité (65).

En termes d'évolution des pratiques, on constate que la prescription d'antidépresseurs est plutôt stable depuis une vingtaine d'années, tandis que la prescription d'antipsychotiques de 2ème génération est en augmentation et la prescription de benzodiazépines en nette diminution (65,69).

Qu'en est-il réellement de leur efficacité sur le trouble de la personnalité borderline ? Pour répondre à cette question, nous allons nous intéresser aux résultats des méta-analyses de Stoffers, révisés tous les 5 ans (2010, 2015, 2020) (70–72).

1) Antidépresseurs

Une étude de 2015 rapporte une « utilisation d'antidépresseurs chez 94 % des patients atteints d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile (TPEL) qui présentaient également une dépression comorbide, mais également chez 75 % des personnes dont le TPEL était le seul diagnostic psychiatrique » (66).

À ce jour, très peu d'études ont évalué l'efficacité des antidépresseurs dans le cadre du trouble borderline. Peu de molécules ont été testées spécifiquement pour cette indication, et les résultats disponibles montrent une efficacité faible ou absente, voire des effets délétères. De plus, ces études présentent souvent des limites méthodologiques importantes, notamment des effectifs très réduits et une durée de suivi courte. Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des essais contrôlés randomisés identifiés dans la littérature à ce jour.

Tableau 5 : Synthèse des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des antidépresseurs dans le trouble de la personnalité borderline

Molécule	Description de l'étude			Résultats de l'étude
	Année de publication	Caractéristiques de l'étude		
Fluvoxamine	2002 (73)	Nombre de sujets	38	Diminution de la labilité de l'humeur Pas d'effet sur la colère ou l'impulsivité
		Durée de suivi	24 semaines	
		Comparaison	Fluvoxamine vs placebo	
Fluoxétine	1991 (74)	Nombre de sujets	22	Diminution de la colère Pas d'effet sur la dépression, ni le fonctionnement global
		Durée de suivi	13 semaines	
		Comparaison	Fluoxétine vs placebo	
	2004 (75)	Nombre de sujets	20	Pas d'effet sur la colère, la dépression, l'anxiété, le fonctionnement global et les symptômes dissociatifs.
		Durée de suivi	12 semaines	
		Comparaison	Fluoxétine + TCD vs placebo + TCD	
	2016 (76)	Nombre de sujets	84	Tentatives de suicide significativement plus nombreuses dans le groupe fluoxétine (RR 2,87, IC à 95 % 1,15 - 7,20)
		Durée de suivi	6 mois	
		Comparaison	Fluoxétine vs TCD	
Amitriptyline	1989 (77)	Nombre de sujets	90	Diminution modérée des symptômes dépressifs (DMS -0,59, IC à 95 % -1,12 à -0,06).
		Durée de suivi	5 semaines	
		Comparaison	Placebo vs halopéridol vs amitriptyline	

IMAO (phénelzine)	1993 (78)	Nombre de sujets	108	Efficacité supérieure à l'halopéridol concernant la dépression, l'anxiété et la psychopathologie générale
		Durée de suivi	5 semaines	
		Comparaison	Placebo vs halopéridol vs IMAO	
Miansérine	1983 (79)	Nombre de sujets	38	Pas d'efficacité significative en termes de gestes suicidaires
		Durée de suivi	6 mois	
		Comparaison	Miansérine vs placebo	

Concernant la sertraline, la paroxétine, la duloxétine et la venlafaxine, il n'existe que quelques rares essais ouverts, qui semblent avoir tendance à surestimer l'effet des antidépresseurs.

En outre, les auteurs de la méta-analyse de 2020 déplorent la prescription quasi-systématique d'antidépresseurs chez les patients souffrant d'un TPB malgré une « absence totale de preuves fiables ».

2) Régulateurs de l'humeur

Les différents essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des régulateurs de l'humeur dans le trouble borderline sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Synthèse des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des thymorégulateurs dans le trouble de la personnalité borderline

Molécule	Description de l'étude			Résultats de l'étude	Conclusions des différentes méta-analyses
	Année de publication	Caractéristiques de l'étude			
Acide valproïque	2001 (80)	Nombre de sujets	16	Diminution de la sévérité globale, de la colère et de la dépression. Amélioration du fonctionnement global.	Effets significatifs sur la réduction des problèmes interpersonnels et de la dépression. Un ECR a montré une diminution significative de la colère tandis qu'un autre montrait une tendance en faveur d'une diminution de la colère, mais non statistiquement significative.
		Durée du suivi	10 semaines		
		Comparaison	Acide valproïque vs placebo		
	2002 (81)	Nombre de sujets	30	Diminution de l'impulsivité, de la dépression, amélioration des relations interpersonnelles.	
		Durée du suivi	6 mois		
		Comparaison	Acide valproïque vs placebo		
	2012 (82)	Nombre de sujets	15	Pas de différence significative entre le groupe traitement et le groupe placebo.	
		Durée du suivi	12 semaines		
		Comparaison	Acide valproïque vs placebo		
Lamotrigine	2005 (83)	Nombre de sujets	24	Réduction de l'impulsivité et de la colère	Les résultats de l'étude de 2018 sur la Lamotrigine sont une des révélations majeures de la méta-analyse de 2020. Cette étude est capitale car il s'agit d'une des rares études pragmatiques, cherchant à évaluer l'efficacité en situation réelle. Le nombre de patients inclus était supérieur, la durée d'observation était importante et les critères d'inclusion larges. Malgré la puissance de cette étude, aucune différence significative n'a été détectée entre le groupe placebo et le groupe traitement.
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Lamotrigine vs placebo		
	2009 (84)	Nombre de sujets	28	Réduction de la labilité émotionnelle et de l'impulsivité.	
		Durée du suivi	12 semaines		
		Comparaison	Lamotrigine vs placebo		

	2018 (85)	Nombre de sujets	195	Aucune efficacité sur la sévérité globale du trouble, la dépression, les relations interpersonnelles, la qualité de vie et sur l'impulsivité.	
		Durée du suivi	52 semaines		
		Comparaison	Lamotrigine vs placebo		
Topiramate	2004 (86)	Nombre de sujets	29	Diminution de la colère et de l'impulsivité (auto-déclarée)	Efficacité sur la colère et l'impulsivité, les difficultés interpersonnelles, la psychopathologie générale et l'anxiété. A noter que les ECR sur le topiramate ont tous été réalisés par un même groupe de travail, accusé de fraude pour leur travail concernant l'aripiprazole (71).
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Topiramate vs placebo		
	2005 (87)	Nombre de sujets	42	Diminution de la colère et de l'impulsivité (auto-déclarée)	
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Topiramate vs placebo		
	2006 (88)	Nombre de sujets	56	Efficacité sur la sévérité globale du trouble, amélioration des relations interpersonnelles, diminution de la colère et de l'anxiété. Pas d'efficacité sur la dépression et les symptômes perceptuels	
		Durée du suivi	10 semaines		
		Comparaison	Topiramate vs placebo		
Carbamazépine	1994 (89)	Nombre de sujets	20	Pas d'efficacité sur la sévérité globale, sur la dépression, sur le fonctionnement global ni sur la psychopathologie générale.	Pas d'efficacité retrouvée.
		Durée du suivi	4 semaines		
		Comparaison	Carbamazépine vs placebo		

Selon la méta-analyse de 2010, des effets bénéfiques des stabilisateurs de l'humeur pouvaient être observés. Toutefois, les différentes études présentaient de nombreuses limites : les échantillons de patients étaient de petite taille (de 15 à 56 participants), les durées d'observation limitées (8 à 10 semaines pour la plupart) et les critères d'exclusion nombreux. L'étude sur la Lamotrigine de 2018 a fait changer le regard porté sur l'efficacité des régulateurs de l'humeur, devant l'absence d'efficacité retrouvée dans des conditions s'approchant de la réalité de la pratique clinique. Ainsi, les auteurs de la méta-analyse de 2020 concluent : « En mettant en balance les effets bénéfiques incertains et les effets indésirables possibles (par exemple tératogènes), les stabilisateurs de l'humeur ne sont pas une option de traitement opportune dans une population de patients, dont la plupart sont des femmes en âge de procréer ».

Le lithium reste très peu documenté dans le trouble borderline, justifiant son exclusion des principales méta-analyses. Son efficacité anti-suicidaire et anti-impulsive dans le trouble bipolaire présente pourtant un intérêt théorique indéniable pour la prise en soins du TPB (119). Néanmoins, l'extrapolation de ces propriétés demeure incertaine en l'absence de données solides. Les rares données disponibles pour le trouble borderline sont anciennes et contradictoires : un bénéfice sur le fonctionnement global et l'humeur était rapporté en 1972 (90), tandis qu'une étude de 1990 ne retrouvait pas d'efficacité sur les symptômes dépressifs mais mettait en évidence une diminution de la colère (91). Au-delà de ces résultats incertains, la dangerosité du lithium en cas de surdosage constitue un frein majeur à sa prescription chez ces patients.

3) Antipsychotiques

Les différents essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des antipsychotiques dans le trouble borderline sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Synthèse des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des antipsychotiques dans le trouble de la personnalité borderline

Molécule	Description de l'étude			Résultats de l'étude	Conclusion des différentes méta-analyses
	Année de publication	Caractéristiques de l'étude			
Olanzapine	2001 (92)	Nombre de sujets	28	Amélioration des symptômes cognitifs/perceptuels et des relations interpersonnelles. Diminution de la colère et de l'anxiété. Pas de différence significative pour la dépression.	Les méta-analyses soulignent des « effets significatifs sur la réduction de l'instabilité affective, de la colère et des symptômes psychotiques » ainsi que « des bénéfices statistiquement significatifs pour la réduction de l'anxiété ». Concernant les idées suicidaires, les résultats sont contradictoires : « deux estimations d'études ont révélé une diminution significativement plus faible des idées suicidaires avec l'olanzapine par rapport au placebo » alors qu'un autre essai ne retrouvait pas de tels résultats. Elles concluent donc que « les données ne permettent pas de conclure que l'olanzapine est une option thérapeutique utile et sûre » et que, « compte tenu des effets thérapeutiques limités d'une part et des effets indésirables bien documentés (prise de poids, somnolence, fatigue) d'autre part, l'olanzapine ne semble pas constituer une option thérapeutique ».
		Durée du suivi	6 mois		
		Comparaison	Olanzapine vs placebo		
	2004 (93)	Nombre de sujets	40	Diminution de la sévérité globale du trouble Pas de différence significative en termes de dépression, d'anxiété, de colère, et de psychopathologie générale.	
		Durée du suivi	12 semaines		
		Comparaison	Olanzapine vs placebo		
	2004 (94)	Nombre de sujets	42	Aucune différence significative n'a été observée entre le traitement combiné et le traitement par olanzapine ou fluoxétine seule.	
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Olanzapine vs fluoxétine vs olanzapine + fluoxétine		
	2005 (95)	Nombre de sujets	60	Amélioration statistiquement significative par rapport au placebo dans la dépression, l'anxiété et l'impulsivité	
		Durée du suivi	12 semaines		
		Comparaison	Olanzapine + TCD vs placebo + TCD		

	2007 (96)	Nombre de sujets	451	Diminution de la sévérité globale du trouble Efficacité supérieure pour le groupe à 10 mg/j par rapport au groupe à 2,5 mg/j
		Durée du suivi	12 semaines	
		Comparaison	Olanzapine 2,5 mg/j vs olanzapine 5 à 10 mg/j vs placebo	
	2008 (97)	Nombre de sujets	24	Pas de différence significative entre le groupe TCD + olanzapine et le groupe TCD + placebo en termes de colère.
		Durée du suivi	6 mois	
		Comparaison	Olanzapine + TCD vs placebo + TCD	
	2010 (98)	Nombre de sujets	120	Supériorité statistique de la sertraline en termes de réduction de la dépression mais supériorité de l'olanzapine en termes de problèmes interpersonnels, de colère/agressivité et d'anxiété. Toutefois, les résultats sont difficilement généralisables au vu des différentes comorbidités sélectionnées dans l'échantillon (patients sous Méthadone pour antécédent de dépendance à l'héroïne).
		Durée du suivi	12 semaines	
		Comparaison	Olanzapine vs sertraline	
	2010 (99)	Nombre de sujets	28	Pas de différence significative en termes de colère, de symptômes psychotiques ou de fonctionnement global.
		Durée du suivi	8 semaines	
		Comparaison	Olanzapine vs halopéridol	

	2017 (100)	Nombre de sujets	51	L'olanzapine était supérieure en termes de dissociation, l'asénapine en termes d'instabilité affective. Toutefois, il n'y avait pas de groupe placebo, l'étude comparait donc deux molécules d'efficacité incertaine. L'asénapine n'a jamais fait l'objet d'aucun essai contrôlé par placebo.	
		Durée du suivi	12 semaines		
		Comparaison	Olanzapine vs asénapine		
Quétiapine	2015 (101)	Nombre de sujets	95	Effets statistiquement significatifs de la quétiapine à dose faible et modérée par rapport au placebo sur la sévérité globale du trouble, les symptômes cognitifs, la dysrégulation émotionnelle, les relations interpersonnelles ainsi que de l'agressivité. Pas d'efficacité sur l'impulsivité	La méta-analyse de 2015 conclue qu' « en comparant les deux groupes actifs, nous n'avons constaté aucune supériorité d'aucun groupe ». On retrouve en revanche plus d'effets indésirables dans le groupe à 300 mg/j. A noter : l'étude sur la Quétiapine a été financée par le laboratoire Astrazeneca.
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Quétiapine 150 mg/j vs quétiapine 300 mg/j vs placebo		
Aripiprazole	2006 (102)	Nombre de sujets	52	Effets significatifs sur la colère, les symptômes cognitifs/perceptuels, les difficultés interpersonnelles, la dépression, l'anxiété, la psychopathologie générale	Les auteurs de cette étude ont été accusés de fraude.
		Durée du suivi	8 semaines		
		Comparaison	Aripiprazole vs placebo		

Au total, les auteurs de la méta-analyse de 2020 concluent qu'ils n'ont « pas observé de preuves solides d'effets cliniquement pertinents pour aucune des substances antipsychotiques ». Ils soulignent, de plus, les effets indésirables significatifs de ces substances, notamment la prise de poids avec l'olanzapine. Ils notent également une possible majoration des comportements auto-agressifs sous olanzapine.

4) Benzodiazépines

Il existe très peu d'études concernant l'utilisation des benzodiazépines chez les patients souffrant de trouble borderline (103), raison pour laquelle elles ne figurent pas dans les méta-analyses de Stoffers.

Une récente étude de grande ampleur en Suisse a montré un sur-risque de tentatives de suicide ou de suicides aboutis chez les patients avec TPB recevant un traitement par benzodiazépines (HR 1.62; IC95% 1.49 - 1.76) (68).

Un essai contrôlé randomisé mené en 1988 sur l'alprazolam rapportait une absence d'efficacité, associée à une augmentation des idées suicidaires et des troubles du comportement sévères (104).

D. Guidelines mondiales

Malgré la prévalence et la potentielle gravité du trouble, il n'existe toujours pas, à ce jour en France, de recommandations nationales provenant de la HAS concernant la prise en soins du trouble de personnalité borderline.

Certains pays ont quant à eux rédigé des guidelines :

- Les Etats-Unis (2001)
- Le Royaume-Uni (2009)
- L'Allemagne (2009)
- L'Espagne (2011)
- L'Australie (2013)
- La Finlande (2015)
- Le Danemark (2016)
- La Suède (2017)
- La Suisse (2018).

Compte tenu des différences d'années de publication et des différences de pratique propres à chaque pays, les recommandations officielles divergent sur plusieurs points, notamment sur le plan pharmacothérapeutique. En effet, plusieurs méta-analyses portant sur l'efficacité des traitements psychotropes dans le TPB ont été publiées depuis la sortie des premières guidelines, notamment celles du Royaume-Uni ou des Etats-Unis, nécessitant donc certaines mises à jour.

Il existe cependant des consensus sur plusieurs aspects de la prise en charge.

Afin de réaliser notre questionnaire, une synthèse des principaux points de consensus a été réalisée. Pour certaines recommandations, les textes complets étaient disponibles, notamment pour la Suisse et le Royaume-Uni (105,106). Pour d'autres, l'analyse s'est appuyée sur des articles de synthèse, incluant une étude comparative des guidelines européennes (107), ainsi qu'une étude comparant d'autres recommandations internationales, notamment celles des États-Unis et de l'Australie (108).

1) Sur le plan psychothérapeutique :

Tout d'abord, toutes les guidelines s'accordent à dire que le traitement psychothérapeutique ambulatoire devrait être le traitement de choix.

Cependant, aucun consensus n'a été établi quant à l'efficacité relative des différentes interventions psychologiques.

Parmi les principes généraux du traitement psychothérapeutique, voici ceux faisant consensus dans toutes les recommandations :

- **L'annonce diagnostique et la psychoéducation font partie intégrante de tout travail psychothérapeutique.**

La psychoéducation permettrait un « meilleur engagement du patient dans la thérapie, une relation thérapeutique de meilleure qualité ainsi qu'une déstigmatisation du trouble ». (106)

Elle doit comprendre :

- Des explications d'un modèle du trouble, clair et intégratif
- Une annonce du diagnostic et des potentielles comorbidités.
- Une information sur les différents traitements (pharmacologiques et psychothérapeutiques).

Elle doit être faite avec optimisme, en présentant les possibilités thérapeutiques et la perspective d'une évolution bénigne du trouble.

- **Il est nécessaire d'anticiper les situations de crises en amont, en collaboration avec le patient, avec la rédaction d'un plan de crise et des accords sur la disponibilité du thérapeute en dehors des séances.**
- **Il est nécessaire de recourir à l'intervision et la supervision de manière régulière pour les professionnels prenant en soins des patients souffrant d'un TPB.**

En revanche, les modalités de cette psychothérapie (durée, fréquence, approche théorique) peuvent différer.

- **En Suisse** : les recommandations officielles suisses (106) préconisent une psychothérapie ambulatoire avec une fréquence d'1 à 2 séance(s) par semaine, pour une durée de 1 à 3 an(s). Concernant l'approche théorique, la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie recommande indifféremment 4 types de psychothérapies spécifiques avec « évidence scientifique avérée ». Il s'agit de : la Thérapie Comportementale Dialectique, la Thérapie Basée sur la Mentalisation, la Thérapie Focalisée sur le Transfert, la Thérapie des Schémas. Ainsi, il est recommandé l'association d'un traitement individuel et d'offres groupales.
- **En Allemagne** : les recommandations allemandes préconisent elles aussi ces quatre psychothérapies (TCD, TBM, TFP, thérapie des schémas), mais notent que la TCD « dispose de meilleures preuves empiriques que d'autres types de psychothérapies spécialisées » (107).
- **Au Royaume-Uni** : les recommandations britanniques (105) ne précisent pas le type de psychothérapie. Elles recommandent simplement une « approche

théorique explicite et intégrée, utilisée à la fois par l'équipe de traitement et par le thérapeute, qui est partagée avec l'utilisateur du service ». Concernant la fréquence des séances, un rythme bihebdomadaire peut être envisagé, en gardant à l'esprit que la fréquence « doit être adaptée aux besoins et au contexte de vie de la personne ». Les recommandations déconseillent les interventions psychothérapeutiques brèves (< 3 mois).

- **En Espagne** : les recommandations espagnoles (107) préconisent l'utilisation de la TCD et (avec moins de preuves) l'utilisation de la TCD combinée à la thérapie des schémas.

2) Sur le plan de la gestion de crise

La crise correspond à la perte de la capacité d'auto-contrôle.

Toutes les recommandations officielles s'accordent à dire qu'il convient de privilégier les soins en ambulatoire, y compris en situation de crise (105-108). Toutefois, s'il existe un danger immédiat pour le patient lui-même ou pour les autres, une hospitalisation pourra être envisagée. L'hospitalisation sera décidée après avoir examiné toute autre option ambulatoire à disposition et après avoir pesé la balance bénéfices/risques.

Si l'hospitalisation est nécessaire, sa durée doit être la plus courte possible. Les recommandations suisses parlent d'une moyenne de 2 à 3 jours et d'un maximum de 2 semaines (106).

L'hospitalisation doit se faire préférentiellement en service de crise ouvert, et non dans un secteur fermé.

Diverses recommandations internationales mettent en garde contre les risques des hospitalisations chez ces patients. Les recommandations suisses soulignent les risques suivants en cas de longue durée d'hospitalisation (106) :

- « Régression maligne » : ce phénomène désigne une dégradation persistante de l'état clinique du patient en hospitalisation, se manifestant principalement par une escalade symptomatique avec augmentation des lésions auto-infligées et des comportements suicidaires. Cette dégradation amène régulièrement à des mesures coercitives et à des mouvements contre-transférentiels de rejet, aboutissant finalement à un cercle vicieux.

- « Comportements imitatifs » : avec apprentissages de comportements auto-dommageables d'un patient à l'autre.
- « Dépassements de limites entre les patients ou avec les membres de l'équipe » ;
- « Difficultés sociales non traitées dans le cadre protecteur de la clinique » : la contenance du cadre hospitalier entraîne de fait un évitement des facteurs de stress, ce qui peut amener à un désinvestissement de la vie quotidienne et un "sur-investissement" de la vie en hôpital.
- « Fonctions encore intactes auparavant pouvant être menacées (place de travail, partenariat) ».

Un autre risque souligné par les différentes recommandations est le risque d'escalade thérapeutique à chaque situation de crise.

Les recommandations britanniques précisent qu'en cas de nécessité d'introduire un traitement psychotrope de crise, il faudra :

- « Utiliser un seul médicament ;
- Éviter la polypharmacie autant que possible ;
- Etablir les risques probables de la prescription, notamment la consommation d'alcool et de drogues illicites ;
- Prendre en compte le rôle psychologique de la prescription (tant pour l'individu que pour le prescripteur) et l'impact que les décisions de prescription peuvent avoir sur la relation thérapeutique et le plan de soins global, y compris les stratégies de traitement à long terme ;
- Choisir un médicament (comme un antihistaminique sédatif) qui présente un faible profil d'effets secondaires, de faibles propriétés addictives, un risque minimal d'abus et une sécurité relative en cas de surdosage » (105).

L'utilisation des benzodiazépines est à proscrire selon toutes les recommandations, y compris en situation de crise.

3) Sur le plan des thérapeutiques médicamenteuses

A ce jour, aucun médicament n'a été officiellement recommandé dans le monde pour le traitement du trouble borderline.

Les recommandations internationales s'accordent toutes sur le fait que le niveau de preuve d'efficacité des traitements pharmacologiques est faible, tandis que les effets indésirables des traitements sont bien établis. Par conséquent, elles invitent à une grande prudence en termes de prescriptions médicamenteuses et incitent à une évaluation rigoureuse de la balance bénéfice-risque.

La majorité des guidelines, à l'exception des recommandations britanniques, préconisent une approche symptomatique, ciblant spécifiquement certains aspects du trouble. Les guidelines britanniques, en revanche, déconseillent toute prescription médicamenteuse pour le trouble borderline et ses manifestations.

Ainsi, certaines recommandations nationales proposent l'utilisation de traitements psychotropes dans des indications ciblées :

- La Suisse suggère l'utilisation de la lamotrigine ou du topiramate contre la colère, l'agressivité et l'impulsivité ou encore la quétiapine et l'aripiprazole contre l'irritabilité et les symptômes cognitivo-perceptifs. Elle rappelle toutefois que le niveau d'évidence reste bas. Elle souligne que des faibles dosages sont à privilégier. Le traitement des comorbidités doit quant à lui être évalué systématiquement et minutieusement. La polymédication est à éviter.
- La Finlande suggère l'utilisation des stabilisateurs de l'humeur ou des antipsychotiques de 2ème génération pour soulager les symptômes du trouble borderline (notamment l'impulsivité et l'agressivité). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent être utilisés dans le traitement des comorbidités.
- Au Danemark, les recommandations mentionnent que les antidépresseurs, les stabilisateurs de l'humeur ainsi que les antipsychotiques ne doivent être utilisés qu'après mûre réflexion.

Pour les comorbidités, il conviendra de bien les repérer afin de les prendre en considération dans le plan de traitement général du patient. Un traitement médicamenteux devra bien entendu être questionné, en évaluant à nouveau la balance bénéfices-risques.

E. Discussion

1. Synthèse des résultats

Au terme de cette revue, nous pouvons retenir différents axes de bonne pratique concernant la prise en soins du trouble borderline.

- **La formation des soignants :**

- Une revue systématique de la littérature (109) a mis en évidence les impacts positifs d'une meilleure formation des soignants en ce qui concerne le trouble borderline. En effet, les interventions éducatives dédiées au trouble et à destination des soignants permettent :
 - De redonner de l'espoir aux soignants et la croyance qu'ils peuvent faire une différence positive dans la vie de ces patients,
 - De les rendre plus disposés à divulguer le diagnostic,
 - De diminuer le fait que les soignants préfèrent "éviter" de traiter ces patients.
 - Ainsi, on diminue la stigmatisation et donc les attitudes négatives envers ces patients, ce qui permettrait d'améliorer les soins.

- **Le diagnostic et son annonce :**

- L'annonce diagnostique au patient (et si possible, à son entourage) est un élément indispensable de la prise en soins (41,42,49,52,53). Elle permet au patient d'accéder à de la psychoéducation, qui fait partie intégrante du travail psychothérapeutique en lui offrant les clés d'une meilleure compréhension de son (dys)fonctionnement.

- **La prise en soins au long cours :**

- Le traitement de choix est la psychothérapie, en ambulatoire.
 - Il existe diverses psychothérapies validées telles que la TCD, la TBM, la thérapie des schémas ou encore la TFP (54–56). Celles-ci peuvent être difficiles à mettre en place d'un point de vue humain et financier. Des modèles plus généralistes tels que le GPM, pourraient être une première étape, suffisamment bonne pour une majorité de patients (58,110).
 - Quelle que soit la méthode choisie :

- La psychothérapie doit être réalisée à un rythme assez soutenu et pour une durée prolongée (plusieurs années).
- Dans l'idéal, les séances de psychothérapie individuelle peuvent être complétées par des séances de thérapie groupale. (7,58,60,106)
- Un membre éayant de l'entourage devrait toujours être impliqué dans la prise en soins, quand cela est possible. Dans l'idéal, une annonce diagnostique devrait lui être faite, en accord avec le patient, ainsi que de la psychoéducation (61,110,111).
- Concernant le traitement pharmacologique :
 - Aucun traitement médicamenteux n'est officiellement recommandé dans la prise en soins du trouble borderline. Les preuves d'efficacité sur les symptômes du trouble sont faibles, et les effets indésirables nombreux. Il existe, de plus, des risques d'addiction, de mésusage et de surdosage volontaire (70–72).
 - Les psychotropes sont donc à utiliser avec une grande prudence. Ils peuvent être prescrits à visée symptomatique ou pour traiter une comorbidité après évaluation de la balance bénéfices/ risques, souvent en défaveur.
 - La polymédication est à éviter au maximum. Les benzodiazépines sont à proscrire, devant un risque addictif majeur et un effet délétère sur la régulation émotionnelle.
- **La gestion de crise** (7,105,106) :
 - Les situations de crise doivent être anticipées, notamment avec la préparation d'un plan de crise détaillé et personnalisé.
 - La prise en charge ambulatoire est à privilégier, y compris en cas de crise. Une hospitalisation sera envisagée uniquement s'il existe un danger immédiat pour le patient.
 - L'hospitalisation doit être de courte durée (quelques jours), en soins libres et préférentiellement dans un centre de crise.

2. Forces et limites de l'étude

Cette revue narrative de la littérature présente plusieurs forces. Elle s'appuie principalement sur des travaux de synthèse de haut niveau de preuve, constitués majoritairement de méta-analyses, correspondant à un grade A selon la Haute Autorité de Santé. Par ailleurs, les méta-analyses incluses sont globalement récentes, avec des actualisations en 2020 et 2021. À ce titre, ce travail pourrait constituer un outil utile pour les cliniciens, en facilitant la diffusion et l'appropriation de recommandations fondées sur les données actuelles de la science.

Par ailleurs, une attention particulière a été portée à la description exhaustive des différents essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité des traitements pharmacologiques dans le trouble borderline. Cette analyse détaillée a permis de mettre en évidence le très faible nombre d'études disponibles, ainsi que leurs limites méthodologiques récurrentes, incluant des effectifs très restreints, des durées de suivi courtes et, dans certains cas, des conflits d'intérêts déclarés.

Toutefois, cette revue présente certaines limites inhérentes à sa méthodologie. Le caractère non systématique du recueil bibliographique expose à un risque de biais de sélection, les articles inclus ayant été choisis pour leur pertinence perçue plutôt que selon un protocole d'inclusion prédéfini. De plus, certaines recommandations internationales n'ont pu être consultées dans leur intégralité, en raison de leur indisponibilité en français ou en anglais. Leur contenu a donc été appréhendé de manière indirecte, à partir d'articles de synthèse et d'une méta-analyse (108) portant sur les guidelines anglophones, ce qui peut limiter la précision de la comparaison entre les différents contextes nationaux. Enfin, la littérature sur le sujet étant abondante et hétérogène, certains travaux récents ou locaux peuvent ne pas avoir été inclus.

Malgré ces limites, cette revue permet de mettre en évidence le décalage existant entre, d'une part, la prévalence élevée du TPB, son impact clinique, social et médico-économique majeur, et, d'autre part, la rareté des études de qualité portant sur les traitements pharmacologiques. À ce titre, cette revue contribue à une lecture critique de la littérature existante et met en lumière des lacunes importantes,

constituant ainsi un point d'appui pour la réflexion clinique et pour de futures orientations de recherche.

Ces constats invitent par ailleurs à interroger les modèles actuels de prise en soins du TPB, encore majoritairement centrés sur une approche symptomatique. Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'élargir la réflexion vers des modèles de soins plus globaux et orientés rétablissement, intégrant les dimensions fonctionnelles et sociales du parcours des patients. La place potentielle de la réhabilitation psychosociale dans le trouble borderline sera ainsi abordée dans la partie suivante.

3. Vers des soins orientés rétablissement : place potentielle de la réhabilitation psychosociale dans le trouble borderline

Au-delà des approches psychothérapeutiques spécialisées actuellement recommandées dans la prise en soins du trouble borderline, la littérature met en évidence plusieurs limites liées à leur accessibilité, leur durée et donc leur adéquation avec l'offre de soins en pratique clinique. Par ailleurs, ces modèles restent majoritairement centrés sur la réduction symptomatique et la gestion des comportements à risque, laissant parfois au second plan les dimensions du fonctionnement global, de l'insertion sociale et de la qualité de vie.

Dans ce contexte, les modèles de soins orientés vers le rétablissement, et notamment la réhabilitation psychosociale, apparaissent comme une piste complémentaire pertinente. Contrairement à certaines représentations, la réhabilitation psychosociale ne se limite pas à la prise en soins des troubles psychotiques, mais s'adresse plus largement aux personnes présentant des troubles psychiques sévères, incluant les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité. Elle vise à soutenir l'autonomie, l'empowerment et la participation active des usagers dans leur parcours de soins, objectifs particulièrement centraux dans le trouble de la personnalité borderline.

Plusieurs composantes de la réhabilitation psychosociale, telles que la psychoéducation, l'implication de l'entourage, le développement des compétences

psychosociales ou encore l'insertion socio-professionnelle, répondent directement aux difficultés fréquemment décrites dans le trouble borderline, notamment en termes de stigmatisation, de méconnaissance du diagnostic et de parcours de soins morcelés. La pair-aidance, fondée sur le partage du savoir expérientiel, constitue également un levier potentiel de lutte contre l'auto-stigmatisation et de renforcement de l'espoir, bien que les données spécifiques au trouble de la personnalité borderline restent encore limitées.

À ce jour, la place de la réhabilitation psychosociale dans la prise en soins du trouble borderline demeure insuffisamment explorée dans la littérature. Ces éléments soulignent l'intérêt d'interroger les pratiques cliniques actuelles et la connaissance de ces dispositifs par les professionnels, afin d'évaluer leur accessibilité, leur utilisation et leur potentiel développement dans le champ du trouble borderline.

V. Enquête de pratiques au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais

A. Méthodologie

Notre étude vise à dresser un état des lieux des prises en soins proposées aux patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline au sein des différents secteurs composant le GHT du Nord-Pas-de-Calais. L'objectif principal est d'évaluer dans quelle mesure les pratiques locales correspondent aux recommandations internationales pour ce trouble.

Le protocole de cette étude de type épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale a été rédigé en étroite collaboration avec la consultation d'aide méthodologique de la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) des Hauts-de-France.

Une revue de la littérature a été réalisée en amont, afin de recenser les différentes modalités de prise en soins reconnues pour leur efficacité dans le traitement du trouble borderline. Les données recueillies ont servi de base à l'élaboration d'un questionnaire, explorant les pratiques locales dans les différents secteurs du GHT.

L'étude a été menée auprès des quatre EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) constituant le GHT du Nord-Pas-de-Calais :

- L'EPSM Lille-Métropole,
- L'EPSM de l'Agglomération Lilloise,
- L'EPSM des Flandres,
- L'EPSM Val-de-Lys-Artois.

Cela représente 30 secteurs de psychiatrie adulte : 7 secteurs dans le Pas-de-Calais (allant du 62G06 au 62G12) et 23 secteurs dans le Nord (allant du 59G01 au 59G24, à l'exclusion du secteur 59G08, ne faisant pas partie du GHT concerné).

Il a été décidé que seul un répondant par secteur serait interrogé. Ce choix méthodologique visait à éviter un biais de sélection : les secteurs les plus investis

dans la prise en soins du trouble borderline auraient été plus enclins à répondre, faussant ainsi la représentativité des résultats.

Concernant le choix du psychiatre répondant au questionnaire, celui-ci devait avoir une connaissance précise de l'offre de soins proposée aux patients souffrant d'un trouble borderline dans son secteur. La prise en soins recommandée sur le long cours étant essentiellement ambulatoire, nous avons donc envisagé, en collaboration avec la F2RSM, de nous entretenir préférentiellement avec le médecin référent de l'unité fonctionnelle du Centre Médico-Psychologique (UF-CMP). Toutefois, nous avons connaissance de projets thérapeutiques en cours de développement dans certains secteurs, qui n'étaient pas nécessairement portés par les référents CMP. Ainsi, dans un souci de souplesse et afin de ne pas exclure d'éventuels interlocuteurs plus impliqués dans le trouble, nous avons choisi de contacter en premier lieu le chef de service de chaque secteur. Ce dernier avait pour rôle d'identifier et de nous orienter vers le professionnel le plus à même de répondre au questionnaire, qu'il s'agisse du médecin référent du CMP, de lui-même ou d'un autre praticien porteur de projet.

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire administré par entretien téléphonique, d'une durée d'environ dix à quinze minutes. Le choix d'un entretien téléphonique plutôt qu'un envoi par mail permettait de garantir un meilleur taux de réponse et une meilleure exhaustivité, notamment en favorisant l'échange direct et la clarification des points du questionnaire.

Le processus de contact des répondants a été organisé de la manière suivante :

1. Envoi d'un premier mail au chef de service, lui expliquant les objectifs de l'étude et sollicitant la désignation d'un répondant.
2. En l'absence de réponse, une relance par mail a été effectuée.
3. En cas de non-réponse persistante, le secrétariat du service a été contacté afin de faciliter le lien avec le chef de service.
4. En dernier recours, un mail groupé à tous les médecins du secteur a été envoyé, sollicitant un volontaire pour participer à l'étude.

L'ensemble des entretiens téléphoniques a été mené par l'investigateur principal de l'étude, qui consignait les réponses dans l'outil Goupile, une plateforme de recueil de données en ligne permettant la saisie directe du questionnaire .

B. Questionnaire

Afin d'élaborer notre questionnaire, nous nous sommes appuyés point par point sur les résultats de la revue de la littérature.

Le questionnaire se composait de 6 parties :

- Partie 1 : Connaissances théoriques sur le trouble
- Partie 2 : Annonce diagnostique et psychoéducation
- Partie 3 : Prise en soin psychothérapeutique
- Partie 4 : Gestion de crise
- Partie 5 : Centre de proximité et réhabilitation psychosociale
- Partie 6 : Projets futurs.

Il comportait entre 21 et 29 questions, certaines étant posées de manière conditionnelle en fonction des réponses précédentes.

Nous avons choisi de ne pas collecter de données sociodémographiques concernant le répondant, telles que son âge, son genre, son lieu d'exercice ou encore son obédience théorique. En effet, l'objectif était de dresser un état des lieux des prises en soins de chaque secteur, et non de comparer les profils individuels des médecins interrogés.

Nous avons choisi de ne pas intégrer de questions relatives aux thérapeutiques médicamenteuses. Les taux de prescription de psychotropes chez les patients présentant un trouble borderline ayant déjà fait l'objet de nombreuses études quantitatives, les réponses issues de notre questionnaire auraient été trop approximatives pour apporter un éclairage pertinent sur ce point.

En lien avec les perspectives dégagées dans la revue de la littérature, une section du questionnaire a été dédiée à la réhabilitation psychosociale en raison de son intérêt potentiel dans le trouble borderline.

Le questionnaire est disponible en Annexe 2.

C. Résultats

Nous avons obtenu les réponses de vingt-huit secteurs sur trente, soit un taux de participation de 93.3%.

1. Concernant les connaissances théoriques sur le trouble borderline

Les médecins semblent globalement considérer avoir de bonnes connaissances théoriques sur le trouble. La note moyenne auto-attribuée est de 7,46/10. Les scores s'étendent de 4/10 à 10/10, avec une médiane à 7,5 [7; 8].

A la question « *Dans le(s)quel(s) de ces domaines aimeriez-vous être davantage formé(e) ?* » :

- Vingt-deux psychiatres (78,6 %) indiquent souhaiter approfondir leurs connaissances sur les psychothérapies validées dans le trouble borderline,
- Douze (42,9 %) aimeraient bénéficier d'une formation complémentaire sur les thérapeutiques médicamenteuses,
- Neuf (32,1 %) indiquent leur intérêt pour la psychoéducation,
- Trois (10,7 %) souhaitent être davantage formés sur l'évaluation du risque suicidaire spécifique à ces patients,
- Trois psychiatres (10,7 %) ont répondu « *Autre* », précisant :
 - Pour l'un, un besoin de formation concernant les actualisations et nouveautés sur le trouble,
 - Pour un autre, un approfondissement des connaissances sur les comorbidités, notamment le psychotraumatisme, ainsi que sur le pronostic,
 - Et pour le dernier, l'absence de souhait de formation supplémentaire.

A la question « *Pensez-vous que le personnel soignant de votre secteur soit suffisamment formé concernant le trouble de la personnalité borderline ?* » :

- 42,9% des psychiatres interrogés (n=12) répondent « Plutôt non »,
- 39,3% (n=11) répondent « Plutôt oui »,
- 17,9% (n=5) répondent « Non »,
- Aucun ne répond « Oui ».

La majorité des secteurs (71,4 % ; n = 20) déclarent que des formations spécifiques au trouble sont proposées aux équipes soignantes, tandis que 28,6 % (n = 8) indiquent qu'aucune formation n'est proposée.

Parmi les 20 secteurs déclarant que des formations spécifiques sont proposées :

- Dix-sept secteurs (60,7 %) rapportent que celles-ci prennent la forme de formations professionnelles.
- Onze secteurs (39,3 %) mentionnent l'organisation de cours ou de symposiums au sein du service.
- Trois secteurs (10,7 %) indiquent bénéficier d'interventions de spécialistes du trouble borderline.
- Un secteur (3,6 %) rapporte une autre modalité de formation, correspondant à des formations institutionnelles proposées par l'EPSM.

2. Concernant l'annonce diagnostique et la psychoéducation

Concernant l'annonce diagnostique du trouble borderline :

- 14,3 % des secteurs (n = 4) déclarent que le diagnostic est systématiquement annoncé,
- 46,4 % (n = 13) indiquent qu'il est souvent annoncé,
- 35,7 % (n = 10) qu'il l'est parfois,
- 3,6 % (n = 1) qu'il n'est jamais annoncé.

Pour les 24 secteurs déclarant que le diagnostic n'est pas systématiquement annoncé aux patients, la question suivante leur était posée : « *Quels peuvent être les freins à une annonce diagnostique selon vous ?* ».

- Treize répondants (46,4 %) évoquent le doute diagnostique comme frein à l'annonce.
- Onze répondants (39,3 %) rapportent la crainte que le patient ne s'enferme dans le diagnostic, avec un risque d'aggravation du trouble.
- Neuf répondants (32,1 %) mentionnent la stigmatisation associée au diagnostic.
- Quatre répondants (14,3 %) questionnent la validité même du trouble.
- Huit répondants (28,6 %) ont rapporté d'autres freins :
 - Un répondant évoque la crainte d'une auto-stigmatisation du patient.
 - Trois répondants mettent en avant l'absence d'intérêt perçu de l'annonce diagnostique, soit parce que le patient ne la demande pas, soit en raison d'un pronostic jugé trop sombre ou d'une pathologie considérée comme « incurable ».
 - Deux répondants soulignent des enjeux liés à l'alliance thérapeutique, avec notamment la crainte que le patient réfute le diagnostic et soit ensuite perdu de vue.
 - Un répondant exprime une préférence pour le diagnostic de « psychotraumatisme complexe ».
 - Un répondant évoque la temporalité de l'annonce, en précisant attendre une stabilisation clinique relative avant d'annoncer le diagnostic.

A la question « *Des séances de psychoéducation au trouble sont-elles mises en place sur le secteur ?* » :

- 89,3% des secteurs (n=25) déclarent proposer de la psychoéducation de manière non protocolisée, en individuel lors des différents entretiens avec le patient.
- 10,7% (n=3) rapportent une psychoéducation protocolisée, en groupe.
- 7,1% (n=2) rapportent une psychoéducation protocolisée individuelle.
- 10,7% des secteurs (n=3) indiquent ne pas proposer de séances de psychoéducation.

3. Concernant la prise en soins psychothérapeutiques

Parmi l'ensemble des secteurs interrogés, 6 (21,4%) proposent des groupes thérapeutiques spécifiques au trouble tandis que 22 (78,6%) n'en proposent pas.

Parmi les six secteurs proposant des groupes thérapeutiques spécifiques, les soins peuvent se dérouler dans différents cadres : principalement au CMP (5 secteurs ; 17,9 % du total), au CATTP (2 secteurs ; 7,1 %), en hospitalisation à temps complet (1 secteur ; 3,6 %) et/ou en hôpital de jour (1 secteur ; 3,6 %).

Les objectifs travaillés sont variés :

- La régulation émotionnelle (6 secteurs ; 21,4 %),
- La gestion des relations interpersonnelles (2 secteurs ; 7,1 %),
- La gestion de la crise (2 secteurs ; 7,1 %),
- La psychoéducation (2 secteurs ; 7,1 %)
- Le groupe de parole (1 secteur ; 3,6 %),
- D'autres objectifs (3 secteurs ; 10,7 %). Parmi les trois secteurs ayant répondu « *Autres objectifs* » : 2 secteurs précisent qu'il s'agit d'un groupe de pleine conscience, 1 secteur précise que le groupe est centré sur la gestion de l'anxiété, du sommeil, de l'alimentation et l'activité physique.

Les médecins déclarent un niveau de connaissance variable selon les approches.

- Concernant la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) :
 - 25 % (n = 7) des médecins ont suivi une formation,
 - 7,1 % (n = 2) se sont formés de manière informelle,
 - 32,1 % (n = 9) connaissent quelques grands principes,
 - 25 % (n = 7) en ont déjà entendu parler sans en connaître les détails,
 - 10,7 % (n = 3) n'en ont jamais entendu parler.
- Concernant la Thérapie Basée sur la Mentalisation (TBM) :
 - Aucun répondant n'a suivi de formation,
 - 3,6 % (n = 1) se sont formés de manière informelle,
 - 35,7 % (n = 10) connaissent quelques grands principes,
 - 25 % (n = 7) en ont entendu parler sans connaître les détails,

- 35,7 % (n = 10) n'en ont jamais entendu parler.
- Concernant la Thérapie Focalisée sur le Transfert (TFP) :
 - Aucun répondant n'a suivi de formation,
 - 3,6 % (n = 1) se sont formés de manière informelle,
 - 10,7 % (n = 3) connaissent quelques grands principes,
 - 25 % (n = 7) en ont entendu parler sans connaître les détails,
 - 60,7 % (n = 17) n'en ont jamais entendu parler.
- Concernant la Thérapie des Schémas :
 - 7,1 % (n = 2) ont suivi une formation,
 - 21,4 % (n = 6) se sont formés de manière informelle,
 - 28,6 % (n = 8) connaissent quelques grands principes,
 - 25 % (n = 7) en ont entendu parler sans connaître les détails,
 - 17,9 % (n = 5) n'en ont jamais entendu parler.
- Concernant le Good Psychiatric Management (GPM) :
 - Aucun répondant n'a suivi de formation,
 - 14,3 % (n = 4) se sont formés de manière informelle,
 - 7,1 % (n = 2) connaissent quelques grands principes,
 - 14,3 % (n = 4) en ont entendu parler sans connaître les détails,
 - 64,3 % (n = 18) n'en ont jamais entendu parler.

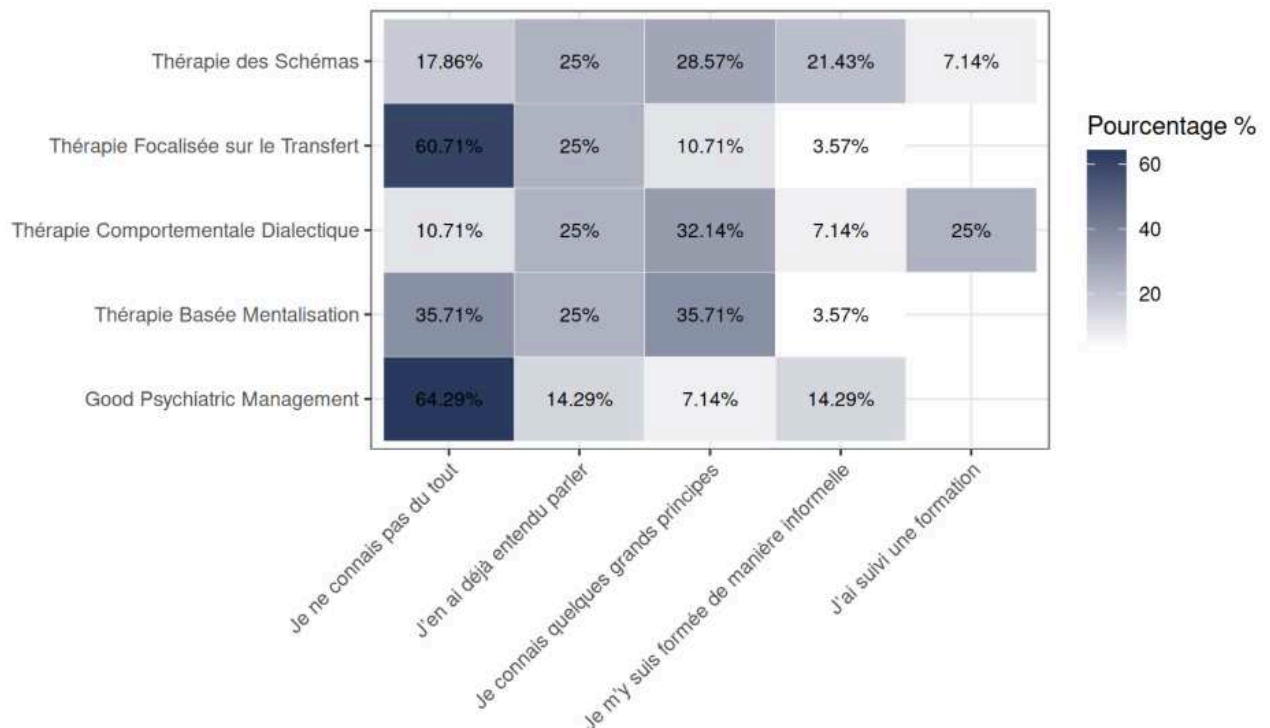


Figure 2 : Degré de familiarité des psychiatres avec les différentes psychothérapies spécifiques au trouble borderline

La majorité des secteurs (60,7 % ; n = 17) déclarent qu'au moins une de ces psychothérapies est proposée par un ou plusieurs professionnels travaillant sur le secteur, tandis que 39,3 % (n = 11) indiquent qu'aucune de ces psychothérapies n'est proposée.

Parmi les 17 secteurs proposant une psychothérapie spécifique :

- Onze secteurs (39,3 %) proposent la TCD.
- Sept secteurs (25 %) proposent la Thérapie des Schémas.
- Un secteur (3,6 %) propose la TFP.
- Un secteur (3,6 %) propose GPM.
- La TBM n'est proposée dans aucun secteur.

Ces psychothérapies sont le plus souvent assurées par des psychologues (14 secteurs ; 50 %), puis par des psychiatres (9 secteurs ; 32,1 %) et, plus rarement, par des infirmiers (4 secteurs ; 14,3 %). Un secteur (3,6 %) mentionne un autre type de professionnel et précise qu'il s'agit d'une psychomotricienne.

Concernant l'implication d'un proche dans la prise en soins :

- Trois secteurs (10,7%) rapportent impliquer un proche de manière systématique,
- Treize secteurs (46,4 %) rapportent le faire souvent,
- Douze secteurs (42,9 %) le feraient parfois,
- Aucun secteur n'indique ne jamais impliquer les proches.

L'implication prend différentes formes :

- Vingt-cinq secteurs (89,3 %) mentionnent la réalisation d'entretiens familiaux.
- Vingt-deux secteurs (78,6 %) impliquent la famille dans la mise en sécurité du patient.
- Seize secteurs (57,1 %) rapportent l'annonce du diagnostic en présence du proche.
- Douze secteurs (42,9 %) proposent des séances de psychoéducation.
- Douze secteurs (42,9 %) proposent de la thérapie familiale.
- Aucun secteur n'a indiqué d'autre modalité d'implication.

4. Concernant la gestion de la crise

Concernant l'élaboration d'un plan de sécurité :

- Onze secteurs (39,3 %) le rédigent de manière systématique.
- Treize secteurs (46,4 %) le rédigent souvent.
- Quatre secteurs (14,3 %) le rédigent parfois.
- Aucun secteur n'indique que le plan de sécurité n'est jamais élaboré.

Sur l'ensemble des secteurs interrogés, 82,1 % (n = 23) déclarent mettre à disposition des patients un numéro de téléphone spécifique permettant de joindre 24h/24 un membre de l'équipe en cas de crise, tandis que 17,9 % (n = 5) n'en disposent pas.

En cas d'hospitalisation d'un patient borderline, l'hospitalisation en soins libres dans une unité conventionnelle de psychiatrie est la modalité d'hospitalisation la plus couramment employée pour vingt des secteurs interrogés (71,4 %). Pour sept

secteurs (25 %), il s'agit de l'admission en soins libres en Centre d'Accueil et de Crise et pour un secteur (3,6 %) de l'admission en soins sans consentement.

La durée moyenne de séjour déclarée pour les patients borderline est estimée à 6,3 jours ($\pm 4,0$), avec une médiane de 5 jours [Q1 ; Q3 : 3,5 – 8]. La durée minimale rapportée est de 3 jours et la durée maximale de 21 jours. Une valeur est manquante (3,6 %).

5. Concernant les centres de proximité et la réhabilitation psychosociale

Vingt-cinq secteurs (89,3 %) déclarent connaître le centre de proximité le plus proche, tandis que trois secteurs (10,7 %) indiquent ne pas en avoir connaissance.

Parmi les vingt-cinq secteurs ayant connaissance du centre de proximité :

- Un seul secteur (4 %) oriente systématiquement les patients borderline vers ce centre,
- Deux secteurs (8 %) le font souvent,
- Seize secteurs (64 %) le font parfois,
- Six secteurs (24 %) n'orientent jamais les patients vers le centre de proximité.

Dix-neuf secteurs (67,9 %) déclarent ne jamais avoir travaillé en collaboration avec un médiateur de santé pair tandis que neuf secteurs (32,1 %) en ont déjà fait l'expérience.

6. Concernant les projets futurs

La dernière question de l'étude était ouverte : « *Auriez-vous une idée de projet thérapeutique spécifique au trouble borderline à développer sur votre secteur ?* »

L'analyse des réponses met en évidence plusieurs thématiques récurrentes.

- La thématique la plus fréquemment retrouvée et évoquée par 12 secteurs sur 28 (43%) concerne la **mise en place de soins psychothérapeutiques spécifiques**, au premier rang desquels figure la TCD.

- Dix secteurs expriment leur volonté de développer des dispositifs inspirés de la TCD, sans nécessairement en appliquer l'intégralité du protocole, mais en proposant des groupes d'acquisition de compétences, centrés notamment sur la régulation émotionnelle et la gestion de crise.
 - Un secteur mentionne quant à lui sa volonté de développer le Good Psychiatric Management.
 - Deux secteurs évoquent plus globalement leur souhait de développer des offres groupales, sans précision sur le modèle utilisé.
 - Enfin, un secteur rapporte une volonté de développer des soins psychothérapeutiques spécifiques, sans en détailler la nature.
-
- La **formation des équipes soignantes** constitue également un axe majeur, citée par 7 secteurs sur 28 (25 %). Les besoins exprimés concernent à la fois la séméiologie clinique du trouble borderline et l'acquisition d'outils thérapeutiques de base, en particulier ceux utiles à la gestion des situations de crise.
 - Les projets **d'éducation thérapeutique du patient (ETP)** ou de **psychoéducation** sont présents dans 5 secteurs sur 28 (18 %). Ils traduisent une volonté d'impliquer davantage les patients dans la compréhension et la gestion de leurs troubles.
 - Deux secteurs (7 %) mentionnent leur souhait d'intégrer un **Médiateur de Santé Pair (MSP)** à leur pratique, dont l'un signale que cette initiative n'a pu aboutir faute de moyens financiers.
 - Par ailleurs, 5 secteurs (18 %) soulignent l'importance de **dispositifs adaptés à la gestion des crises**, problématique centrale dans la prise en charge du trouble borderline. Parmi eux, l'un prévoit la création d'un Centre d'Accueil et de Crise (CAC), tandis qu'un autre lutte pour la pérennisation du CAC existant. Un secteur mentionne la mise en place d'une équipe mobile de soins intensifs dédiée à cette population. Deux autres secteurs évoquent plutôt la nécessité de développer des outils de gestion de crise, en passant

soit par la formation des soignants, soit par la création d'un groupe thérapeutique intra-hospitalier consacré à cette thématique.

- Enfin, 5 secteurs (18 %) déclarent ne pas avoir de projet spécifique en cours. Parmi eux, un secteur exprime même une réserve quant à la pertinence de dispositifs dédiés au trouble borderline, estimant qu'une approche trop spécifique pourrait favoriser un phénomène de mimétisme entre patients.

7. Analyses complémentaires

Parmi l'ensemble des questions de notre étude, huit ont été sélectionnées car elles portaient directement sur des éléments identifiés dans la littérature comme constituant des règles de bonne pratique pour la prise en soins des patients présentant un trouble borderline. Ces items ont été retenus comme des indicateurs d'adéquation aux recommandations internationales, permettant d'évaluer dans quelle mesure les pratiques observées au sein du GHT tendent vers une prise en soins optimale.

Les critères retenus pour définir une adéquation aux recommandations étaient les suivants :

- Répondre « Oui » ou « Plutôt oui » à la question : « Pensez-vous que le personnel soignant de votre secteur soit suffisamment formé ? » (59,109)
- Répondre « Systématiquement » ou « Souvent » à la question : « Dans votre secteur, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est-il annoncé ? » (41,49,52,53)
- Répondre « Oui, de manière non protocolisée, lors des rendez-vous », « Oui, de manière protocolisée : en individuel » ou « Oui, de manière protocolisée : en groupe » à la question : « Des séances de psychoéducation au trouble sont-elles mises en place sur le secteur ? » (53,58,60)
- Répondre « Oui » à la question : « Existe-t-il des groupes thérapeutiques spécifiques au trouble borderline mis en place dans votre secteur ? » (7,58,60,106)

- Répondre « Oui » à la question : « Une de ces psychothérapies est-elle proposée par un/des professionnels travaillant sur votre secteur ? » (54–56)
- Répondre « Systématiquement » ou « Souvent » à la question : « Un membre étayant de la famille est-il impliqué dans la prise en soins ? » (61,110,111)
- Répondre « Systématiquement » ou « Souvent » à la question : « Dans votre secteur, un plan de crise (ou plan de sécurité) est-il rédigé avec le patient ? » (7,105,106)
- Répondre « Oui » à la question : « Existe-t-il un numéro de téléphone spécifique au secteur, disponible 24h/24, transmis au patient pour joindre un membre de l'équipe en cas de crise ? » (7,105,106)

Sur cette base, un score d'adéquation a été établi pour chaque secteur, correspondant au nombre de critères respectés parmi les huit retenus. Ce score permet d'obtenir une vision synthétique du niveau de conformité des pratiques sectorielles aux recommandations actuelles.

Le score d'adéquation, calculé sur huit critères, variait de 2 à 8 selon les secteurs. La répartition des scores est présentée dans le tableau et la figure ci-dessous :

Score d'adéquation	Effectif (%)
2	1 (3,57 %)
3	5 (17,86 %)
4	4 (14,29 %)
5	9 (32,14 %)
6	4 (14,29 %)
7	3 (10,71 %)
8	2 (7,14 %)

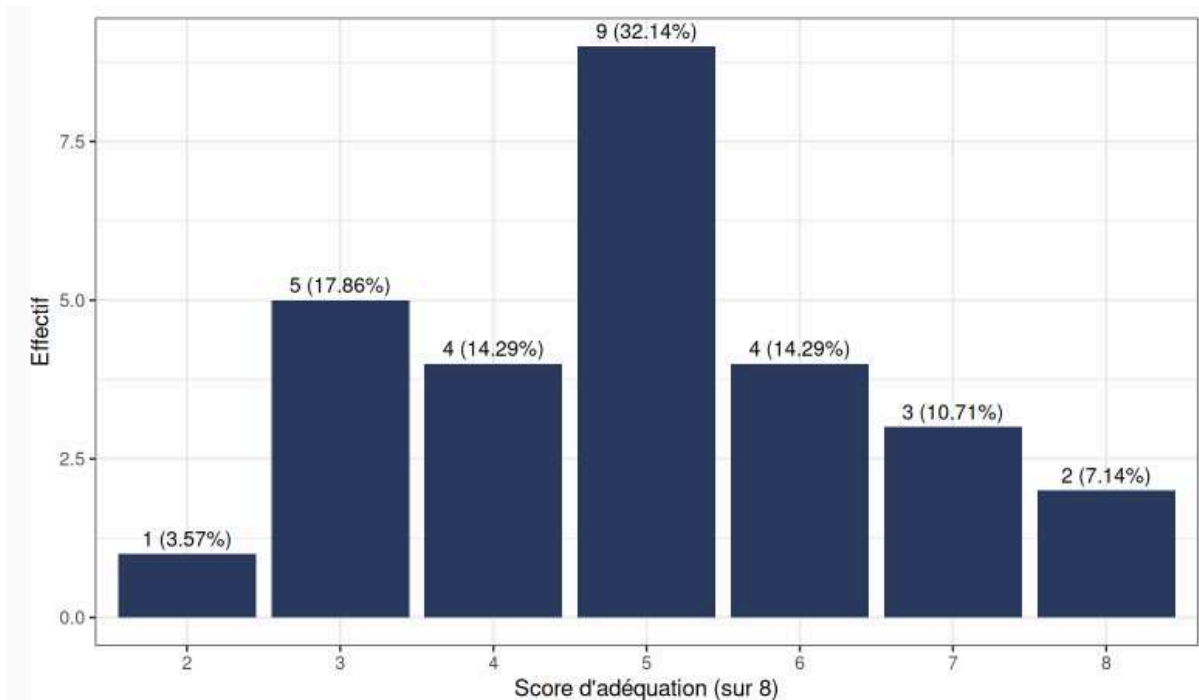


Figure 3 : Distribution des scores d'adéquation aux recommandations de bonne pratique

La majorité des secteurs ($n = 9$, 32,1 %) obtiennent un score de 5/8, indiquant une adhésion partielle mais significative aux recommandations. Les scores intermédiaires (4 à 6) regroupent la majorité des répondants, représentant près des deux tiers des secteurs.

À l'inverse, un seul secteur (3,6 %) présente un score faible (2/8), traduisant une faible adéquation avec les bonnes pratiques.

Deux secteurs (7,1 %) atteignent le score maximal de 8/8, témoignant d'une concordance complète avec les recommandations issues de la littérature.

Ces résultats suggèrent une hétérogénéité des pratiques au sein du GHT, avec une tendance générale à la mise en œuvre partielle des recommandations.

D. Discussion

1. Analyse et interprétation des résultats

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer dans quelle mesure les pratiques locales correspondent aux recommandations internationales pour ce trouble.

Les scores d'adéquation aux recommandations de bonne pratique varient de 2 à 8 sur 8, avec une médiane à 5. La majorité des secteurs (60,7 %) obtiennent un score compris entre 4 et 6, traduisant une mise en œuvre partielle mais bien réelle des recommandations. Deux secteurs (7,1 %) atteignent même un score maximal, témoignant d'une organisation de soins particulièrement complète et cohérente avec les données de la littérature. À l'inverse, un secteur (3,6 %) présente un score très faible, reflétant probablement un manque de structuration spécifique pour la prise en soins des patients avec un trouble borderline.

D'une manière générale, ces résultats doivent être interprétés de manière encourageante. En effet, le fait que la majorité des secteurs obtienne un score intermédiaire à élevé témoigne d'une appropriation progressive des recommandations internationales, malgré des contraintes importantes. Ces scores traduisent l'existence de ressources déjà installées et d'une réelle volonté des équipes d'adapter les prises en soins aux données de la littérature.

Toutefois, ce tableau doit être nuancé par plusieurs facteurs de biais. En ciblant prioritairement les praticiens les plus sensibilisés au trouble, les réponses obtenues reflètent probablement la "partie haute" des pratiques du secteur, ce qui peut donner une image plus favorable que la réalité quotidienne. De plus, il convient de distinguer la présence théorique d'une ressource et sa disponibilité effective pour les usagers. Bien que 60 % des secteurs rapportent qu'au moins un professionnel propose une psychothérapie spécialisée, cette donnée ne signifie pas que l'ensemble du secteur bénéficie d'une offre de soins spécialisée, protocolisée et accessible à tous les usagers. En pratique, la présence d'une ressource isolée ne garantit pas la structuration d'une véritable filière de soins sectorielle. À titre d'exemple, un psychologue peut être formé à la thérapie des schémas et la proposer de manière individuelle, sans que cette pratique ne soit formalisée à l'échelle du secteur ou intégrée dans un parcours de soins pluridisciplinaire. Ce décalage entre "ressource déclarée" et "disponibilité effective" est particulièrement illustré par le cas de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) : alors que 39 % des secteurs semblent afficher cette proposition thérapeutique, seuls 25 % des psychiatres du GHT déclarent y être formés.

Ainsi, si ces scores constituent une base solide, ils reflètent davantage un potentiel de soins qu'une généralisation des pratiques, mettant en exergue la nécessité d'harmoniser et de consolider ces ressources pour assurer une véritable équité de prise en charge. Dans ce même souci d'équité, on constate que les scores d'adéquation (allant de 2/8 à 8/8) mettent en évidence une hétérogénéité des pratiques entre les secteurs du GHT. Celle-ci peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment des ressources humaines et matérielles inégales, une sensibilité variable des équipes à la problématique du trouble borderline, ainsi que la présence ou non de professionnels formés à des approches psychothérapeutiques validées telles que la TCD ou la TBM.

Cette disparité des pratiques doit toutefois être nuancée par l'existence de dynamiques collaboratives déjà en place. Plusieurs territoires ont en effet décrit un fonctionnement mutualisé, reposant sur le regroupement de plusieurs secteurs partageant une offre de soins commune. Cette organisation intersectorielle permet de centraliser certaines prises en soins spécifiques, de partager les compétences et de proposer une offre plus structurée malgré des moyens limités à l'échelle d'un secteur isolé.

Au-delà de cette dynamique globale, plusieurs limites persistantes peuvent être identifiées et constituent autant d'axes d'amélioration des dispositifs de soins.

Ainsi, les prises en charge groupales spécifiques du trouble borderline demeurent encore peu développées : seuls six secteurs (21,4 %) déclarent proposer ce type de soins. Cette faible diffusion peut s'expliquer par des contraintes liées aux ressources humaines et financières, des difficultés organisationnelles, mais également par certaines réticences cliniques, notamment la crainte d'un effet de mimétisme entre patients présentant un trouble borderline.

En ce qui concerne les connaissances des psychiatres en termes de psychothérapies spécifiques, l'étude met là aussi en évidence des disparités importantes. La TCD apparaît comme l'approche la plus diffusée : 25 % (n = 7) des répondants déclarent avoir suivi une formation dans ce modèle, tandis que seuls 10,7 % (n = 3) indiquent n'en avoir jamais entendu parler. À l'inverse, certaines approches restent largement méconnues, en particulier la Thérapie Focalisée sur le Transfert (TFP) et le Good Psychiatric Management (GPM), avec respectivement

60,7 % (n = 17) et 64,3 % (n = 18) des psychiatres déclarant n'en avoir jamais entendu parler.

Ces différences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs. La TFP, d'inspiration psychanalytique, repose sur une obédience qui est de moins en moins répandue et enseignée. De plus, la thérapie demeure moins formalisée et structurée, ce qui limite sa diffusion. Le GPM, quant à lui, est une approche plus récente, encore peu développée dans le paysage français, ce qui pourrait expliquer sa faible visibilité auprès des praticiens. Entre ces deux extrêmes, d'autres approches comme la Thérapie Basée sur la Mentalisation ou la Thérapie des Schémas sont partiellement connues, avec une majorité de psychiatres ayant entendu parler des grands principes sans avoir bénéficié de formation spécifique.

On observe que les médecins interrogés s'attribuent globalement une note élevée concernant leurs connaissances théoriques sur le trouble borderline, avec une moyenne de 7,46/10, traduisant un sentiment global de maîtrise du sujet. Cependant, cette autoévaluation favorable ne paraît pas toujours cohérente avec les pratiques décrites dans le reste du questionnaire, lesquelles s'éloignent parfois des recommandations scientifiques actuelles. Certains praticiens, bien qu'ils s'attribuent une note élevée, rapportent par exemple une réticence à annoncer le diagnostic, une faible implication de l'entourage, l'absence de formalisation d'un plan de crise ou encore l'absence de réflexion sur l'amélioration des dispositifs existants. Cette discordance pourrait s'expliquer par une méconnaissance des référentiels récents et des approches thérapeutiques validées, entraînant une perception de compétence qui ne reflète pas nécessairement la réalité des pratiques attendues.

À l'inverse, il est intéressant de noter que certains psychiatres ayant une connaissance plus approfondie des recommandations et des prises en soins spécialisées se montrent souvent plus réservés dans leur autoévaluation. Leur note, parfois plus basse, peut ainsi traduire une plus grande exigence vis-à-vis de leurs pratiques, voire une conscience accrue des limites de leur formation ou des ressources disponibles pour la prise en soins de ce trouble.

La grande majorité des secteurs interrogés (89,3 %, n = 25) déclarent proposer de la psychoéducation sous diverses formes à destination des patients présentant un trouble borderline. Ce résultat peut sembler paradoxal au regard du fait que, dans 11

secteurs sur 28, le diagnostic n'est que rarement ou jamais annoncé. Or, le Centre Ressource Réhabilitation explique que « la psychoéducation permet de comprendre comment se développe la maladie, ce qui la constitue, quels en sont les symptômes et quels sont les traitements et leurs objectifs ». Ainsi, l'annonce diagnostique semble une étape nécessaire à tout travail psychoéducatif. Pourtant, parmi les 11 secteurs n'annonçant jamais ou rarement le diagnostic, 10 indiquent réaliser des actions de psychoéducation. Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce constat :

- La première est que le psychiatre ayant répondu au questionnaire annonce effectivement le diagnostic dans sa pratique personnelle, mais qu'il demeure une exception au sein de son équipe. Dans ce cas, il peut avoir indiqué que le diagnostic est « rarement » ou « jamais » annoncé à l'échelle de son secteur, tout en déclarant, à titre individuel, proposer de la psychoéducation dans le cadre de ses entretiens, de manière non formalisée, comme il lui était proposé dans le questionnaire. Cette situation souligne la nécessité de formaliser davantage ces initiatives, notamment par le biais de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), afin qu'elles ne reposent pas uniquement sur l'investissement personnel de certains praticiens.
- La seconde hypothèse est que le psychiatre n'annonce effectivement pas, ou très rarement, le diagnostic, tout en estimant néanmoins proposer une forme de psychoéducation. Dans ce cas, il s'agirait plutôt d'actions centrées sur certaines dimensions spécifiques du trouble, telles que la dysrégulation émotionnelle ou les difficultés interpersonnelles, sans pour autant nommer le trouble ni l'aborder dans sa globalité. Cette approche reflète une appréhension à nommer explicitement le trouble borderline, constatée chez plusieurs praticiens lors des entretiens, en lien avec les craintes et obstacles identifiés dans la question portant sur les freins à l'annonce diagnostique.

En ce qui concerne la question des centres de proximité ou centres supports en réhabilitation psychosociale, les résultats indiquent une orientation encore rare des patients souffrant d'un TPB vers ces centres. Les médecins interrogés ont fréquemment souligné que ces structures s'adressaient prioritairement aux patients souffrant de troubles psychotiques, et que l'offre de soins qui y est proposée leur

semblait peu adaptée aux besoins spécifiques des patients avec trouble de la personnalité. Il serait toutefois pertinent d'envisager un élargissement du champ d'intervention de ces centres, afin d'y développer des dispositifs adaptés aux patients borderline, notamment dans une perspective de réhabilitation psychosociale et de maintien dans le soin ambulatoire.

2. Forces et limites de l'étude

À ma connaissance, il s'agit de la première étude à dresser un état des lieux des prises en soins proposées spécifiquement aux patient(e)s souffrant d'un trouble borderline sur le territoire du Nord-Pas-de-Calais. Cette originalité confère à ce travail une valeur ajoutée importante, tant pour la compréhension des pratiques locales que pour l'élaboration de futures actions de structuration de l'offre de soins. L'élaboration du questionnaire constitue un point fort de cette étude, dans la mesure où il a été construit spécifiquement pour répondre à l'objectif de recherche, à partir d'une revue approfondie de la littérature nationale et internationale. Cette approche a permis d'assurer la pertinence et la cohérence des thématiques abordées, au regard des recommandations actuelles.

Un autre point fort réside dans la quasi-exhaustivité de l'étude, avec 28 répondants sur 30. Ce taux de participation élevé permet de couvrir la quasi-totalité des secteurs du GHT et d'obtenir une vision représentative des pratiques sur le territoire. Ainsi, le biais de participation apparaît comme très limité, compte tenu du faible nombre de secteurs non répondants. Par ailleurs, il est raisonnable de supposer que les secteurs n'ayant pas participé à l'enquête ne disposent pas de dispositifs particulièrement structurés ou spécialisés dans la prise en soins du trouble borderline. Dans cette hypothèse, les résultats présentés ne semblent pas avoir omis de manière significative des dispositifs existants sur le territoire.

Dans le prolongement, le choix d'interroger un seul médecin par secteur constitue une force méthodologique, dans la mesure où il limite le biais de participation et assure une représentation homogène de chaque territoire. En effet, si l'ensemble des médecins du GHT avait été sollicité, le recueil aurait nécessairement reposé sur l'envoi d'un questionnaire auto-administré, avec un risque important de faible taux de

réponse. Dans ce cas, les secteurs les plus avancés ou les plus investis dans la prise en soins du trouble borderline auraient probablement davantage répondu, parfois avec plusieurs participants par secteur, tandis que les secteurs moins concernés ou moins sensibilisés n'auraient, pour la plupart, pas répondu. Ce type de méthode aurait probablement conduit à une surreprésentation des secteurs les plus sensibilisés au trouble, biaisant ainsi la représentativité globale des résultats.

Toutefois, ce choix comporte certaines limites. Le fait de n'avoir interrogé qu'un seul médecin par secteur réduit la diversité des points de vue recueillis. Les pratiques et les connaissances relatives au trouble borderline peuvent varier sensiblement d'un praticien à l'autre au sein d'un même secteur. Le répondant, même s'il occupe une position de référence, ne reflète donc pas nécessairement l'ensemble des pratiques ou perceptions de ses collègues. En ce sens, la représentativité interne de chaque secteur peut être limitée, et certains biais de subjectivité peuvent persister selon la perception personnelle du répondant. Le choix d'interroger le psychiatre le plus formé ou le plus impliqué dans la prise en soins du trouble borderline au sein de chaque secteur répondait à une logique de rigueur et de fiabilité méthodologique. Interroger un praticien moins sensibilisé à cette problématique aurait pu conduire à une vision lacunaire, partielle ou imprécise des dispositifs existants. À l'inverse, en s'adressant à un interlocuteur référent, cette étude a cherché à recueillir une image représentative du potentiel de chaque secteur. Ce choix, bien qu'il puisse tendre vers des réponses davantage conformes aux recommandations actuelles que la réalité quotidienne des pratiques, a été assumé dans une optique d'objectivation des pratiques optimales. L'étude visait ainsi à mettre en lumière le potentiel de chaque secteur, en valorisant les dispositifs les plus développés et les initiatives les plus abouties en matière de prise en soins du trouble borderline.

L'absence de données sociodémographiques sur les répondants, choisie pour se concentrer sur l'échelle du secteur, empêche par ailleurs d'analyser l'influence de facteurs individuels (formation, ancienneté, orientation théorique) sur les pratiques déclarées.

Certaines questions posées méritent également d'être interprétées avec prudence. Par exemple, pour la question : « *Des formations spécifiques au trouble sont-elles proposées aux équipes soignantes ?* », plusieurs médecins ont indiqué ne pas

savoir avec certitude si de telles formations existaient, estimant qu'elles figuraient peut-être dans le catalogue de formation des soignants. Les résultats à cette question doivent donc être nuancés. Il pourrait être pertinent, à l'avenir, d'impliquer davantage les médecins dans l'identification et la promotion des formations proposées, afin de renforcer la diffusion et l'appropriation des dispositifs de formation par les équipes.

De même, la question : « *Existe-t-il un numéro de téléphone spécifique au secteur 24h/24h qui serait transmis au patient pour joindre un membre de l'équipe en cas de crise ?* » est sujette à interprétation. De nombreux répondants ont précisé qu'ils ne disposaient pas d'une ligne d'urgence « spécifique », mais que le numéro du service d'hospitalisation était transmis aux patients, avec la consigne d'appeler en cas de crise. Cette possibilité concernait le plus souvent les patients ayant déjà été hospitalisés, et non ceux suivis uniquement en ambulatoire. Dans ce contexte, ces réponses ont été comptabilisées comme « oui », mais il est possible que la question n'ait pas été comprise de manière uniforme par l'ensemble des répondants.

Ces éléments illustrent les limites d'un recueil standardisé pour appréhender des pratiques parfois peu formalisées et des organisations locales diverses. Le choix d'une passation par entretien téléphonique a toutefois permis de favoriser des échanges plus libres et informels, offrant ainsi un éclairage complémentaire, plus qualitatif, sur les dynamiques professionnelles entourant la prise en soins du trouble.

Dans ce cadre, plusieurs psychiatres ont pu exprimer un intérêt croissant pour le trouble avec une volonté d'améliorer et de structurer davantage les prises en soins proposées sur leur secteur. Ces échanges faisaient souvent état d'un sentiment de manque de ressources ou de dispositifs adaptés, davantage que d'un désintérêt pour cette problématique.

Ces éléments suggèrent l'existence d'une dynamique professionnelle favorable, caractérisée par une réflexion active sur les pratiques et une volonté d'évolution, même en l'absence de dispositifs formalisés ou spécialisés à l'heure actuelle. Cette mobilisation constitue un levier important pour le développement futur de formations, de dispositifs de soins spécifiques et de collaborations intersectorielles, notamment dans une perspective de structuration de l'offre de soins à l'échelle du territoire.

3. Perspectives

a. L'annonce diagnostique et la psychoéducation : un préalable indispensable à l'appropriation des soins

Bien que les résultats de cette enquête soient encourageants, mon expérience clinique lors de mes stages hospitaliers m'a confrontée à une réalité de terrain souvent plus nuancée. J'ai régulièrement rencontré des patients, pourtant suivis au long cours, qui ignoraient tout de leur diagnostic ou de la nature de leurs troubles. Cette absence de clarté entretient, selon moi, une forme d'errance diagnostique et thérapeutique parfois longue et douloureuse pour les patients. Faute de mots posés sur leur souffrance, les patients ne parviennent pas à comprendre leur propre fonctionnement interne. Ce "flou" clinique est source d'une grande angoisse et d'un sentiment profond d'incompréhension qui finit par éroder leur confiance envers le système de soins. Dans cette quête de sens, beaucoup de patients restent en demande de traitements pharmacologiques massifs ou d'hospitalisations itératives, espérant que ces recours permettront enfin de "trouver" et de nommer leur maladie.

Cette situation cristallise des tensions majeures, notamment lors des épisodes de crise. Lorsque le cadre thérapeutique impose de refuser une hospitalisation ou une prescription médicamenteuse, par exemple lors d'un passage aux urgences, ce refus est souvent vécu comme un rejet, une invalidation ou une négation de la souffrance par le patient. Ainsi, la gestion des situations de crise devient extrêmement complexe et source de souffrance pour les deux parties.

Pour le soignant, l'enjeu est de maintenir un cadre thérapeutique cohérent en privilégiant l'ambulatoire et en évitant le recours systématique à des stratégies qui, bien que soulageantes dans l'immédiat, s'avèrent délétères à long terme. Sans ce socle commun de compréhension, le soignant est perçu comme celui qui "refuse" de l'aide, alors qu'il tente justement de protéger le patient de l'installation de mécanismes de soins dysfonctionnels.

Pour le patient, l'absence de psychoéducation rend le refus d'hospitalisation ou de traitement totalement inintelligible. Ne comprenant pas que ces mesures peuvent aggraver son sentiment de dépendance ou son instabilité, il se sent abandonné au moment où il est le plus vulnérable.

Cette asymétrie de compréhension conduit souvent à une impasse relationnelle : le sentiment d'abandon peut alors mener à une escalade de comportements dommageables. Ce processus aboutit paradoxalement à des hospitalisations sous contrainte ou dans l'urgence qui, bien que non indiquées initialement sur le plan thérapeutique, deviennent inévitables pour assurer la sécurité du patient.

C'est pourquoi je considère qu'il est quasiment impossible de construire une alliance thérapeutique solide avec un patient à qui l'on cache la nature de ses difficultés. L'annonce diagnostique et la psychoéducation sont des actes fondateurs du soin. Elles permettent de transformer une plainte centrée sur le symptôme et la "solution magique" (médicament/hôpital) en un projet de soins collaboratif, où le patient devient acteur de son rétablissement.

Dans cette optique, le modèle de la réhabilitation psychosociale m'apparaît particulièrement pertinent. En prônant l'empowerment, cette approche place le patient dans une position active : la connaissance du trouble n'est plus une simple information, mais un outil permettant à l'usager de devenir un véritable partenaire de soins. Ce changement de paradigme, où la compréhension des symptômes devient le moteur de l'autonomie, est au cœur des dispositifs innovants.

De manière croissante, des structures de réhabilitation développent ainsi des programmes spécifiquement adaptés au trouble borderline. À titre d'exemple, le CHU de Nîmes a inauguré en 2024 un centre ressource dédié, le centre HYPE-France (*Helping Young People Early*) (105). Ce dispositif propose des soins spécialisés ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) à destination des patients souffrant d'un TPB et leurs familles.

A l'échelle locale, la Maison des Usagers de Lille propose elle aussi des programmes de psychoéducation au trouble borderline. L'association *Connexions familiales* propose quant à elle des programmes à destination des familles (106).

b. La pair-aidance : un levier thérapeutique vers l'empowerment

Au-delà de la psychoéducation classique, je considère que la pair-aidance constitue une piste de développement majeure. Fondée sur le partage du savoir expérientiel (114), elle permet de répondre spécifiquement au sentiment récurrent d'incompréhension ou de minimisation de la souffrance rapporté par les patients. Dans un contexte où les modèles théoriques soulignent le rôle de l'invalidation émotionnelle précoce dans la genèse du trouble, l'intervention d'un médiateur de santé pair (MSP), capable de valider l'expérience vécue sans jugement, constitue un levier thérapeutique à part entière.

Par ailleurs, la pair-aidance joue un rôle essentiel dans la restauration de l'espoir. Le trouble borderline étant encore trop souvent perçu comme une pathologie incurable, tant par certains professionnels que par les usagers, la rencontre avec une personne engagée dans un parcours de rétablissement peut modifier ces représentations et lutter contre l'auto-stigmatisation (108).

Le partage du savoir expérientiel facilite également l'appropriation de messages parfois difficiles à entendre en période de crise, tels que la nécessité de limiter les hospitalisations prolongées ou la prudence vis-à-vis des psychotropes. L'intervention de pairs, ayant eux-mêmes traversé ces étapes, favorise une meilleure alliance thérapeutique. Bien que les données sur la pair-aidance dans le TPB restent limitées (109,110), plusieurs secteurs de notre GHT collaborent déjà avec des MSP. Ces derniers sont inclus dans des travaux de recherche locaux, ce qui permettra, je l'espère, d'apporter prochainement des preuves scientifiques supplémentaires à ces pratiques innovantes.

c. La mutualisation intersectorielle : vers un accès aux soins de proximité

Enfin, sur le plan organisationnel, je pense que le fonctionnement intersectoriel est le levier le plus réaliste pour développer des soins spécialisés accessibles au plus grand nombre. Dans un contexte de désertification médicale croissante et de manque chronique de moyens humains et financiers, nous ne pouvons plus compter sur une multiplication des structures ultra-spécialisées isolées. Plusieurs territoires

du GHT ont déjà prouvé l'efficacité de ces organisations mutualisées, qui permettent de partager une offre de soins commune et de centraliser des compétences spécifiques là où un secteur seul ne pourrait y parvenir. Cette coopération a, par exemple, permis l'émergence de groupes thérapeutiques de TCD accessibles à plusieurs secteurs.

C'est précisément dans cette logique de proximité et d'équité qu'est né le projet PLUTON (Projet de Liaison Universitaire du Territoire du Nord), porté par le Pr Horn. Cette collaboration entre le CHU de Lille, l'EPSM de Lille-Métropole et l'EPSM des Flandres incarne ce changement de paradigme : il ne s'agit plus de centraliser les patients, mais d'exporter les savoirs spécialisés vers les territoires de périphérie.

Ce projet a déjà permis le déploiement de plusieurs axes de soins spécialisés au cœur des territoires. Il s'illustre notamment par l'implantation de consultations spécialisées TDAH à l'EPSM des Flandres, ou encore par l'offre de psychoéducation développée à Bailleul, qu'il s'agisse du programme dédié aux troubles somatoformes du Dr Moumen ou, prochainement, de celui consacré à la crise suicidaire porté par le Dr Caboche.

L'extension de cette logique au trouble borderline permettrait de transformer des compétences encore perçues comme "surspécialisées" en un soin de proximité accessible à tous. En décroissant les savoirs, nous pourrions garantir à chaque usager, quel que soit son secteur de rattachement, un accès à des soins conformes aux données de la science.

V. Conclusion

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) constitue un enjeu majeur de santé publique, du fait de sa prévalence élevée, de sa sévérité potentielle et de la complexité de sa prise en soins. Associé à une souffrance psychique importante et à un recours fréquent aux dispositifs de soins, il mobilise fortement les équipes soignantes, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation.

L'objectif de cette thèse était d'évaluer les modalités de prise en soins du trouble borderline au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais, en les comparant aux recommandations actuelles de bonnes pratiques.

Les résultats de ce travail mettent en évidence une adéquation globalement satisfaisante des prises en soins avec les recommandations internationales. Un score d'adéquation intermédiaire (4 à 6 sur 8) est ainsi retrouvé dans près de 60% des secteurs interrogés. La prise en charge des situations de crise apparaît notamment comme un point fort de conformité.

Concernant les soins psychothérapeutiques spécialisés, deux tiers des secteurs disposent d'au moins un professionnel formé. Ce chiffre, bien qu'encourageant, est à interpréter avec prudence. En effet, cette expertise individuelle ne garantit pas nécessairement une homogénéité des soins au sein d'un secteur.

Certaines dimensions spécifiques de la prise en soins restent insuffisamment développées, en particulier la structuration de l'annonce diagnostique et de la psychoéducation, ainsi que l'intégration de l'étayage au parcours de soins. La formation du personnel soignant apparaît également être un enjeu important, près des deux tiers des secteurs interrogés rapportent un manque de formation des équipes concernant le trouble.

Une hétérogénéité persiste entre les secteurs avec des scores d'adéquation allant de 2/8 à 8/8, ce qui interroge la question de l'équité d'accès aux soins spécialisés pour les patients souffrant de TPB, en fonction de leur lieu de prise en soins. Elle

met également en évidence des marges de progression et souligne la nécessité d'une harmonisation progressive des pratiques à l'échelle du territoire.

Dans l'ensemble, une dynamique positive commune se dégage, traduisant une volonté partagée de s'inscrire dans des pratiques de plus en plus alignées avec les recommandations. Malgré un sentiment de manque de ressources humaines et matérielles, les cliniciens expriment un fort intérêt pour le trouble.

Ces constats ouvrent des perspectives d'amélioration concrètes. Le développement de formations spécifiques au TPB, la structuration de parcours de soins identifiés au sein du GHT et le renforcement des collaborations intersectorielles apparaissent être des leviers essentiels pour harmoniser les pratiques et améliorer la qualité des prises en soins. De même, le développement de soins de réhabilitation psychosociale pourrait constituer un levier particulièrement intéressant pour optimiser les prise en soins.

En conclusion, cette thèse met en lumière à la fois les limites actuelles et les dynamiques positives à l'œuvre dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais. Elle souligne la nécessité d'une réflexion institutionnelle et collective afin de tendre vers des pratiques plus équitables, cohérentes et adaptées à la complexité de ce trouble.

VI. Références

1. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
2. Elsevier Masson SAS [Internet]. [cité 30 sept 2024]. DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé | Livre | 9782294781353. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-texte-revise-9782294781353.html>
3. Granger B, Karaklic D. Les Borderlines. Odile Jacob; 2012. 194 p.
4. Stone MH. Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border. NYU Press; 1986. 590 p.
5. Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. Dunod; 2023. 223 p.
6. La Dépression et les états limites | Payot [Internet]. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/la-d%C3%A9pression-et-les-%C3%A9tats-limites-9782228885973>
7. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. xii, 180 p. (Skills training manual for treating borderline personality disorder).
8. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. The Lancet. 1 janv 2011;377(9759):74-84.
9. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet Lond Engl. 31 août 2004;364(9432):453-61.
10. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. févr 2020;216(2):69-78.
11. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Clin North Am. déc 2018;41(4):561-73.
12. 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. oct 2009;39(10):1721-31.

13. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 déc 2000;35(12):531-8.
14. Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry.* 19 juill 2016;16:249.
15. Lenzenweger MF, Willett JB. Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: The longitudinal study of personality disorders. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(4):684-700.
16. Becker D, Lamb S. Sex Bias in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Prof Psychol Res Pract.* 1 févr 1994;25:55-61.
17. Bozzatello P, Blua C, Brandellero D, Baldassarri L, Brasso C, Rocca P, et al. Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Front Psychiatry.* 12 janv 2024;15:1320546.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *Am J Psychiatry.* mai 2012;169(5):476-83.
19. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J Personal Disord.* juin 2004;18(3):226-39.
20. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 1 nov 2001;42(6):482-7.
21. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry.* 22 janv 2019;80(1):4039.
22. Doyle M, While D, Mok PLH, Windfuhr K, Ashcroft DM, Kontopantelis E, et al. Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Fam Pract.* 5 août 2016;17:106.
23. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *J Personal Disord.* oct 2014;28(5):734-50.
24. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry.* nov 2004;161(11):2108-14.

25. Philipsen A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2006;256 Suppl 1:i42-46.
26. Ferrer M, Andión Ó, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Borderline Patients Defines an Impulsive Subtype of Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord.* déc 2010;24(6):812-22.
27. Pierre. Centre ressource réhabilitation. 2018 [cité 25 nov 2024]. Stigmatisation et lutte contre la stigmatisation. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/stigmatisation-et-lutte-contre-la-stigmatisation>
28. Nehls N. BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: GENDER STEREOTYPES, STIGMA, AND LIMITED SYSTEM OF CARE. *Issues Ment Health Nurs.* janv 1998;19(2):97-112.
29. Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder - ScienceDirect [Internet]. [cité 8 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0277953615300605>
30. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. « Difficult Patients » in Mental Health Care: A Review. *Psychiatr Serv.* juin 2006;57(6):795-802.
31. Bodner E, Cohen-Fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinshpoon A, Fischel T, et al. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 22 janv 2015;15(1):2.
32. Carveth JA. Perceived Patient Deviance And Avoidance by Nurses. *Nurs Res.* juin 1995;44(3):173.
33. Dubreucq J, Plasse J, Gabayet F, Faraldo M, Blanc O, Chereau I, et al. Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *Eur Psychiatry.* janv 2020;63(1):e13.
34. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry.* mai 2009;166:530-9.
35. Greiner C, Perroud N, Charbon P, de Nérès M, Speranza M, Debbané M, et al. Trouble de la personnalité borderline: état des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale. *L'Encéphale.* 1 août 2023;49(4):378-83.
36. Zimmerman M, Gazarian D. Is research on borderline personality disorder underfunded by the National Institute of Health? *Psychiatry Res.* 30 déc 2014;220(3):941-4.

37. Sansone RA, Sansone LA. Employment in Borderline Personality Disorder. *Innov Clin Neurosci*. sept 2012;9(9):25-9.
38. van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 1 sept 2007;22(6):354-61.
39. Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize HJ, Renneberg B, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther*. 1 oct 2014;61:12-22.
40. Laurensen EMP, Eeren HV, Kikkert MJ, Peen J, Westra D, Dekker JJM, et al. The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. *Health Qual Life Outcomes*. 12 oct 2016;14:145.
41. guide_annonce_diagnostic_psychiatrique_2022-10-06_17-05-43_921.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/guide_annonce_diagnostic_psychiatrique_2022-10-06_17-05-43_921.pdf
42. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 juill 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
43. Villani M, Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *L'Encéphale*. 1 avr 2017;43(2):160-9.
44. BAYLE FJ, CHAUCHOT F, MAUREL M, LEDORIOU AL, GERARD A, PASCAL JC, et al. Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France. *Enq Sur Annonce Diagn Schizophrénie En Fr*. 1999;25(6):603-11.
45. FERRERI M, ROUILLON F, NUSS P, BAZIN N, FARAH S, DJABALLAH K, et al. De quelles informations les patients souffrant de schizophrénie disposent-ils sur leur maladie et leur traitement ? *Quelles Inf Patients Souffrant Schizophrénie Disposent-Ils Sur Leur Mal Leur Trait*. 2000;26(5):30-8.
46. Castillo MC, Urdapilleta I, Petitjean F, Seznec JC, Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2008;166(8):599-605.
47. Rocamora JF, Benadhira R, Saba G, Stamatadis L, Kalalaou K, Dumortier G, et al. Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *L'Encéphale*. 1 sept 2005;31(4):449-55.
48. Gastal D, Januel D. Impact à long terme de l'annonce diagnostique sur l'*insight* de patients atteints de troubles schizophréniques. *L'Encéphale*. 1 juin 2010;36(3):195-201.
49. Lequesne ER, Hersh RG. Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. mai 2004;10(3):170-6.

50. Sisti D, Segal AG, Siegel AM, Johnson R, Gunderson J. Diagnosing, Disclosing, and Documenting Borderline Personality Disorder: A Survey of Psychiatrists' Practices. *J Personal Disord.* déc 2016;30(6):848-56.
51. McDonald-Scott P, Machizawa S, Satoh H. Diagnostic disclosure: a tale in two cultures. *Psychol Med.* févr 1992;22(1):147-57.
52. Horn N, Johnstone L, Brooke S. Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *J Ment Health.* 1 janv 2007;16(2):255-69.
53. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2008;22(3):284-90. doi: 10.1521/pedi.2008.22.3.284.
54. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 1 avr 2017;74(4):319-28.
55. Storebø O, Stoffers-Winterling J, Völm B, Kongerslev MT, Mattivi J, Jørgensen M, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database Syst Rev Online.* 4 mai 2020;5.
56. Rameckers SA, Verhoef REJ, Grasman RPPP, Cox WR, van Emmerik AAP, Engelman IM, et al. Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *J Clin Med.* janv 2021;10(23):5622.
57. Iliakis EA, Sonley AKI, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Treatment of Borderline Personality Disorder: Is Supply Adequate to Meet Public Health Needs? *Psychiatr Serv.* sept 2019;70(9):772-81.
58. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* déc 2009;166(12):1365-74.
59. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CPC, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord.* août 2016;30(4):567-76.
60. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* déc 2009;166(12):1355-64.
61. Mitchell S, Sampson M, Bateman A, Mitchell S, Sampson M, Bateman A, éditeurs. Structured Clinical Management (SCM) for Personality Disorder: An Implementation Guide. Oxford, New York: Oxford University Press; 2021. 352 p.

62. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 1 mars 2017;4(1):21-30.
63. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1 juin 2015;25(6):763-72.
64. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol.* nov 2010;25(6):349-55.
65. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J. Twenty-Year Trends in the Psychopharmacological Treatment of Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Cross-Sectional Naturalistic Study in Spain. *CNS Drugs.* sept 2021;35(9):1023-32.
66. Paton C, Crawford MJ, Bhatti SF, Patel MX, Barnes TRE. The use of psychotropic medication in patients with emotionally unstable personality disorder under the care of UK mental health services. *J Clin Psychiatry.* avr 2015;76(4):e512-518.
67. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment Rates for Patients With Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders: A 16-Year Study. *Psychiatr Serv.* janv 2015;66(1):15-20.
68. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Taipale H. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *JAMA Netw Open.* 1 juin 2023;6(6):e2317130.
69. Martín-Blanco A, Ancochea A, Soler J, Elices M, Carmona C, Pascual JC. Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2017;136(3):323-31.
70. Lieb K, Völm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* janv 2010;196(1):4-12.
71. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Curr Psychiatry Rep.* 21 nov 2014;17(1):534.
72. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Curr Psychiatry Rep.* 5 juin 2020;22(8):37.
73. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R. SSRI Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical

- Trial for Female Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. déc 2002;159(12):2048-54.
74. Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1 août 1991;148(8):1064-7.
 75. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined Dialectical Behavior Therapy and Fluoxetine in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 15 mars 2004;65(3):379-85.
 76. New York State Psychiatric Institute. Treating Suicidal Behavior and Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder: Predictors of Change [Internet]. *clinicaltrials.gov*; 2017 juill [cité 13 août 2025]. Report No.: NCT00834834. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00834834>
 77. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, et al. Amitriptyline versus Haloperidol in Borderlines: Final Outcomes and Predictors of Response. *J Clin Psychopharmacol*. août 1989;9(4):238.
 78. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. mai 1993;50(5):377-85.
 79. Montgomery D, Montgomery S, Roy D. Mianserin in the Prophylaxis of Suicidal Behaviour: a Double Blind Placebo Controlled Trial. In: Soubrier JP, Vedrinne J, éditeurs. *Depression and Suicide* [Internet]. Pergamon; 1983 [cité 21 oct 2024]. p. 786-90. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080270807501300>
 80. Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A Preliminary Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Divalproex Sodium in Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 15 mars 2001;62(3):199-203.
 81. Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex Sodium Treatment of Women With Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Pilot Study. *J Clin Psychiatry*. 12 mai 2002;63(5):4600.
 82. Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, et al. Efficacy of extended-release divalproex combined with “condensed” dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder. 1 nov 2012;24(4):255-60.
 83. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study - Karin Tritt, Cerstin Nickel, Claas Lahmann, Peter K. Leiberich, Wolfhardt K. Rother, Thomas H. Loew, Marius K. Nickel, 2005 [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881105051540>
 84. Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. sept 2009;24(5):270.

85. Crawford MJ, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G, Dale O, Ganguli P, et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. août 2018;175(8):756-64.
86. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11):1515-9.
87. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Mühlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: A double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 1 mars 2005;57(5):495-9.
88. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, et al. Topiramate Treatment for Women With Borderline Personality Disorder: A Double-blind, Placebo-Controlled Study. *J Clin Psychopharmacol*. févr 2006;26(1):61.
89. De la Fuente J, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1 déc 1994;4(4):479-86.
90. Rifkin A, Levitan SJ, Galewski J, Klein DF. Emotionally unstable character disorder: A follow-up study: I. Description of patients and outcome. *Biol Psychiatry*. 1972;4(1):65-79.
91. Links PS, Steiner M, Boiago I, Irwin D. Lithium Therapy for Borderline Patients: Preliminary Findings. *J Personal Disord*. 1 juin 1990;4(2):173.
92. Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine Treatment of Female Borderline Personality Disorder Patients: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *J Clin Psychiatry*. 1 nov 2001;62(11):13207.
93. Bogenschutz MP, Nurnberg HG. Olanzapine Versus Placebo in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 15 janv 2004;65(1):104-9.
94. Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):903-7. doi: 10.4088/JCP.v65n0705.
95. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Dialectical Behavior Therapy Plus Olanzapine for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. juin 2005;162(6):1221-4.
96. Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, et al. A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: A 12-week randomized double-blind placebo-controlled study. *Eur Psychiatry*. mars 2007;22(S1):S172-3.

97. Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ. Olanzapine Plus Dialectical Behavior Therapy for Women With High Irritability Who Meet Criteria for Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *J Clin Psychiatry*. 30 juin 2008;69(6):13172.
98. Jariani M, Saaki M, Nazari H, Birjandi M. The effect of Olanzapine and Sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. *Psychiatr Danub*. déc 2010;22(4):544-7.
99. Shafti SS, Shahveisi B. Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*. févr 2010;30(1):44-7.
100. Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs*. sept 2017;31(9):809-19.
101. Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of Low and Moderate Dosages of Extended-Release Quetiapine in Borderline Personality Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. nov 2014;171(11):1174-82.
102. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Gil FP, Bachler E, et al. Aripiprazole in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. mai 2006;163(5):833-8.
103. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. 1 oct 2021;35(10):1053-67.
104. Cowdry RW. Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: Alprazolam, Carbamazepine, Trifluoperazine, and Tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*. 1 févr 1988;45(2):111.
105. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2009 [cité 8 oct 2024]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
106. Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Reisch T, Schmeck K, et al. Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline.
107. Simonsen S, Bateman A, Bohus M, Dalewijk HJ, Doering S, Kaera A, et al. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 21 mai 2019;6(1):9.
108. Aslam HM, Brodeur J, Links PS. Clinical practice guidelines for the treatment of borderline personality disorder: a systematic review of best practice in

anticipation of MAiD MD-SUMC. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 10 avr 2025;12(1):13.

109. Klein P, Fairweather AK, Lawn S. The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder: an integrative review. *Syst Rev*. 30 mai 2022;11:108.
110. Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol*. juin 2018;21:127-31.
111. Guillén V, Díaz-García A, Mira A, García-Palacios A, Escrivá-Martínez T, Baños R, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process*. mars 2021;60(1):134-44.
112. Bateman AW. Psychological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatry*. mars 2005;4(3):15-8.
113. Prada P. Revue Médicale Suisse : Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. Guenot F, éditeur. *Rev Médicale Suisse*. 2015;11(486):1686-90.
114. Niard C, Franck N. Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France : quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? *Pratiques en santé mentale*. 2020;66(3):90.
115. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(4):583-93.
116. Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, Weiss RD. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction*. 2011;106(2):342-8. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x.
117. Kienast T, Foerster J. Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(6):619-24.
118. van den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):67-71.
119. Almeida TM, Sanches M. Rebuilding the evidence on the use of lithium for borderline personality disorder. *Clin Neuropsychiatry*. 2024 Dec;21(6):550-552.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de connaissances administré aux participants d'une formation sur le trouble borderline lors de l'étude de Greiner, 2023.

Questions	Choix de réponses	Réponses correctes
Quel est le trouble ayant la plus grande composante génétique ?	TPB ; Trouble anxieux généralisé ; État dépressif majeur	26.77%
Combien de thérapies différentes validées empiriquement par des essais cliniques randomisés existent pour le TPB ?	1 ; 5 ; 13	67.71%
Quel est le rapport homme-femme pour les patients borderline en population générale ?	1:1 ; 1:2 ; 1:3	7.87%
Les psychiatres en pratique ambulatoires voient plus de patients borderline que les médecins généralistes en consultation ambulatoire ?	Oui ; Non	80.31%
Est-il possible de poser le diagnostic de TPB durant un épisode dépressif ?	Oui ; Non	42.52%
Quel est le trouble dont le diagnostic a la meilleure fiabilité interjuge ?	Schizophrénie ; TPB ; État dépressif majeur	11.02%
Quel est le pourcentage de psychiatres qui ne dévoilent pas le diagnostic de TPB à leurs patients ?	40% ; 50% ; 60%	57.48%
Combien de psychotropes différents les patients borderline reçoivent-ils en moyenne ?	0 ; 2 ; 3	54.33%
Combien de médicaments ont une indication dans le traitement du TPB ?	0 ; 1 ; 3	62.99%
Quel pourcentage de patients borderline est en rémission après 10 ans ?	45-55% ; 65-75% ; 85-95%	10.24%
Quel est le facteur de risque le moins important pour développer un TPB dans les études prospectives ?	Abus sexuel ; OH parents ; Niveau d'éducation des parents	77.16%
Quel pourcentage de patients borderline présente des comportements auto-dommageables récurrents ?	50% ; 70% ; 90%	52.76%
Quel est le taux de suicide des patients borderline ?	1% ; 5-10% ; >10%	57.48%

Annexe 2 : Questionnaire des pratiques sur le GHT du Nord-Pas-de-Calais.

Inclusion

Date d'inclusion

26/11/2025



Secteur interrogé

Connaissances théoriques sur le trouble

Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de connaissances théoriques sur le trouble de personnalité borderline ?

1  10

Dans quel(s) domaine(s) aimeriez-vous être davantage formés ?

- ☐ Sur la clinique (sémiologie, comorbidités, suicidalité...)
- ☐ Sur les thérapeutiques médicamenteuses utilisées dans le trouble
- ☐ Sur les psychothérapies validées dans le trouble
- ☐ Sur l'évaluation du risque suicidaire spécifique à ces patients
- ☐ Sur la psychoéducation
- ☐ Autre

Pensez-vous que le personnel soignant de votre secteur soit suffisamment formé concernant le trouble de la personnalité borderline ?

Des formations spécifiques au trouble sont-elles proposées aux équipes soignantes ?

Sous quelle forme ?

- ☐ Cours/symposium, organisés par le service
- ☐ Possibilité de s'inscrire à des formations professionnelles
- ☐ Interventions de spécialistes dans le domaine
- ☐ Autre

Annonce diagnostique et psychoéducation

Dans votre secteur, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est-il annoncé ?

Quels peuvent être les freins à une annonce diagnostique selon vous ?

- ☐ Stigmatisation du trouble par les autres professionnels de santé, "étiquette difficile à porter pour le patient"
- ☐ Doute diagnostique
- ☐ Questionnement sur la validité du trouble
- ☐ Crainte que le patient "s'enferme" dans le diagnostic avec aggravation du trouble
- ☐ Autre

Des séances de psychoéducation au trouble sont-elles mises en place sur le secteur ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, de manière protocolisée, dans des groupes dédiés
- ☐ Oui, de manière protocolisée, en individuel, lors d'entretien dédié
- ☐ Oui, de manière non protocolisée, en individuel, lors des différents entretiens avec le patient

Prise en charge psychothérapeutique

Existe-t-il des groupes thérapeutiques spécifiques au trouble borderline mis en place dans votre secteur ?

☒ Oui ☐ Non

Dans quel cadre ?

- ☐ En hospitalisation à temps complet
- ☐ En hôpital de jour
- ☐ Au CATTP
- ☐ Au CMP
- ☐ Autre

Quel(s) objectif(s) thérapeutique(s) sont-ils travaillé(s) ?

- ☐ Régulation émotionnelle
- ☐ Gestion des relations interpersonnelles
- ☐ Gestion de la crise
- ☐ Groupe de parole
- ☐ Psychoéducation
- ☐ Autre

Précisez votre niveau de connaissances pour chacune de ces psychothérapies : Thérapie Comportementale Dialectique

-- Valeur non renseignée --

Précisez votre niveau de connaissances pour chacune de ces psychothérapies : Thérapie Basée Mentalisation

-- Valeur non renseignée --

Précisez votre niveau de connaissances pour chacune de ces psychothérapies : Thérapie Focalisée sur le Transfert

-- Valeur non renseignée --

Précisez votre niveau de connaissances pour chacune de ces psychothérapies : Thérapie des Schémas

-- Valeur non renseignée --

Précisez votre niveau de connaissances pour chacune de ces psychothérapies : Good Psychiatric Management

-- Valeur non renseignée --

-- Valeur non renseignée --

- Je ne connais pas du tout, je n'en ai jamais entendu parler
- J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas vraiment en quoi cela consiste
- Je connais quelques grands principes
- Je m'y suis formée de manière informelle : lecture, internet, collègue...
- J'ai suivi une formation dans le domaine

travaillant sur votre secteur ?

Une de ces psychothérapies est-elle proposée par un/des professionnel(s) travaillant sur votre secteur ?

☒ Oui ☐ Non

Laquelle / lesquelles ?

- ☐ Thérapie Comportementale Dialectique
- ☐ Thérapie Basée Mentalisation
- ☐ Thérapie Focalisée sur le Transfert
- ☐ Thérapie des Schémas
- ☐ Good Psychiatric Management

Par quel type de professionnel ?

- ☐ Psychologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Infirmier(e)
- ☐ Autre

Un membre étayant de la famille, ou un proche du patient, est-il impliqué dans la prise en soins ?

☒ Systématiquement ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Sous quelle forme le proche est-il impliqué auprès du patient ?

- ☐ Mise en sécurité du patient (retrait des moyens létaux)
- ☐ Annonce diagnostique en présence du proche
- ☐ Séances de psychoéducation auprès du proche
- ☐ Entretiens familiaux
- ☐ Thérapie Familiale
- ☐ Autre

Gestion de crise

Dans votre secteur, un plan de crise (ou plan de sécurité) est-il rédigé avec le patient ?

☐ Systématiquement ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Existe-t-il un numéro de téléphone spécifique au secteur 24h/24h qui serait transmis au patient pour joindre un membre de l'équipe en cas de crise ?

☐ Oui ☐ Non

En cas d'hospitalisation d'un patient borderline, quelle modalité d'hospitalisation est la plus couramment employée dans votre secteur ?

☐ Admission en CAC (Centre d'Accueil et de Crise) ☐ Admission en soins libres dans une unité conventionnelle de psychiatrie
☐ Admission en soins sans consentement

Pour quelle durée en moyenne ? (fourchette)

jours

Centre de proximité et réhabilitation psychosociale

Connaissez-vous le centre de proximité le plus proche de votre secteur ?

☒ Oui ☐ Non

Orientez-vous les patients souffrant d'un trouble borderline vers le centre de proximité ?

☐ Systématiquement ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Travaillez-vous en collaboration avec un médiateur de santé pair dans le cadre du trouble de la personnalité borderline ?

☐ Oui ☐ Non

Ouverture, projets

Auriez-vous une idée de projet thérapeutique spécifique au trouble borderline à développer sur votre secteur ?

Auteur : Nom : MENUGE Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 31 avril 2026

Titre de la thèse : Prise en soins du trouble borderline : revue narrative de la littérature et enquête de pratiques au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie - Option Précoce Psychiatrie Adulte

Mots clés : trouble borderline, psychothérapie, pharmacologie, guidelines.

Résumé :

Introduction : Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est une pathologie fréquente et associée à une souffrance psychique importante. Sa prise en soins est complexe et mobilise fortement les dispositifs de santé. Si des recommandations de bonnes pratiques existent dans d'autres pays, l'absence de cadre national en France contribue à une hétérogénéité des pratiques selon les territoires. Cette thèse vise à évaluer les modalités de prise en soins du TPB au sein du GHT du Nord-Pas-de-Calais et leur adéquation aux recommandations internationales actuelles.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée auprès d'un psychiatre référent pour chaque secteur du GHT du Nord-Pas-de-Calais. Les données ont été recueillies par entretiens téléphoniques standardisés à l'aide d'un questionnaire évaluant différentes dimensions de la prise en soins du TPB. Un score global d'adéquation aux recommandations a été établi.

Résultats : L'étude met en évidence une adéquation globalement satisfaisante entre les prises en soins locales et les recommandations. Près de 60 % des secteurs présentent un score d'adéquation intermédiaire, compris entre 4 et 6 sur 8. Toutefois, une hétérogénéité intersectorielle persiste. Certaines dimensions spécifiques de la prise en soins demeurent inégalement développées, notamment en termes d'annonce diagnostique et de psychoéducation. La formation des équipes soignantes constitue également un enjeu majeur, près des deux tiers des secteurs rapportant un manque de formation spécifique concernant le TPB. Par ailleurs, les psychiatres expriment un intérêt marqué pour ce trouble et sa prise en soins. Ils sont néanmoins freinés par un manque de ressources humaines et financières..

Conclusion : Ces résultats mettent en lumière des axes d'amélioration concrets, incluant le développement de formations spécifiques au TPB, le renforcement des collaborations intersectorielles et la structuration d'une offre de soins davantage orientée vers la réhabilitation. Ces leviers apparaissent essentiels pour réduire les disparités territoriales et améliorer la qualité et la cohérence des prises en soins.

Composition du jury :

Président : Professeure Mathilde HORN

Assesseur : Docteure Elodie VERNALDE

Directeur de thèse : Docteur Fabien BARBET