

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1611

**THÈSE**

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et Soutenue Publiquement

Par **Cécile CASES**

Le 11 Octobre 2019

**ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE L'ORIENTATION DES**  
**PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ**  
**BORDERLINE EN AVAL D'UN PASSAGE AUX URGENCES**  
**PSYCHIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL

Assesseur

Madame le Docteur Anjali MATHUR

Suppléant

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2018**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis  
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
 Professeur ARBUS Louis  
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
 Professeur BOCCALON Henri  
 Professeur BONEU Bernard  
 Professeur CARATERO Claude  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur CONTE Jean  
 Professeur COSTAGLIOLA Michel  
 Professeur DABERNAT Henri  
 Professeur FRAYSSE Bernard  
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
 Professeur JOFFRE Francis

Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LARENG Louis  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MANELFE Claude  
 Professeur MASSIP Patrice  
 Professeur MAZIERES Bernard  
 Professeur MOSCOVICI Jacques  
 Professeur MURAT  
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
 Professeur SALVAYRE Robert  
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
 Professeur SIMON Jacques



## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 <sup>ère</sup> classe		P.U. - P.H. 2 <sup>ème</sup> classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Inteme	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. STILLMUNKES André	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Inteme		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr LATROUS Leila

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## AUX MEMBRES DU JURY

### **Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre implication dans ma formation, et ce, depuis ma 1<sup>ère</sup> année de médecine. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez su témoigner pour ce projet. En espérant que ce travail soit à la hauteur de votre confiance.

### **Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Je vous suis reconnaissante pour la richesse de votre enseignement et le partage de votre expérience.

### **Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet, qui est pourtant relativement éloigné de votre domaine de spécialité. Je vous suis reconnaissante pour la qualité de vos enseignements tout au long de mes études.

### **Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL**

Je te remercie mille fois de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Merci pour la confiance que tu m'as accordée en me confiant ce sujet. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ta bienveillance et ta justesse clinique, sans lesquels ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. C'est une chance d'avoir pu apprendre à tes côtés.

### **Madame le Docteur Anjali MATHUR**

Merci d'avoir accepté, avec enthousiasme, de juger ce travail.

Je te remercie pour tous les précieux conseils et les suggestions de lecture que tu as pu me donner concernant le travail auprès des patients borderlines. Ce dernier semestre au CTB auprès de toi fut un régal.

**ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE L'ORIENTATION DES  
PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ  
BORDERLINE EN AVAL D'UN PASSAGE AUX URGENCES  
PSYCHIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE**

*« Le trouble borderline est à la psychiatrie ce que la psychiatrie est à la médecine :  
une préoccupation clinique quotidienne, sans aucune action de recherche,  
et provoque les mêmes réactions : évitement et/ou rejet. »*

*John GUNDERSON*

# TABLE DES MATIERES

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>13</b>
<b>ILLUSTRATIONS ET ANNEXES</b> .....	<b>14</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>2. MATÉRIEL &amp; MÉTHODE</b> .....	<b>17</b>
DESIGN DE L'ÉTUDE.....	17
POPULATION ETUDIÉE .....	17
CONSTRUCTION DU CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	18
ÉVALUATION DU CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE .....	19
ANALYSES STATISTIQUES .....	21
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>22</b>
DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	22
ANALYSE DE LA CONCORDANCE INTER-JUGES .....	23
RÉSOLUTION DES DESACCORDS.....	25
CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL .....	25
CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES : ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIÉS À UNE ORIENTATION NON PERTINENTE .....	26
<i>Les horaires d'orientation</i> .....	28
<i>Le psychiatre orienteur</i> .....	29
<i>Le lieu d'orientation</i> .....	30
<i>Autres facteurs</i> .....	33
IMPACT DE LA PERTINENCE DE L'ORIENTATION SUR LES READMISSIONS À 1 MOIS .....	34
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>36</b>
RÉSUMÉ DES RÉSULTATS .....	36
LIMITES DES RÉSULTATS.....	36
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	36
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>39</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>42</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>43</b>

## **ABRÉVIATIONS**

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé

**AJIR** : Accueil de Jour Intersectoriel Réactif

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> édition

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CTB** : Centre de Thérapies Brèves

**DIM** : Département d'Information Médicale

**DSM** : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

**IC95%** : Intervalle de Confiance à 95%

**NHMRC** : National Health and Medical Research Council

**NICE** : National Institute for Health and Care Excellence

**OR** : Odds Ratio

**RUD** : Risque, Urgence, Dangersité

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**TPB** : Trouble de la Personnalité Borderline

**TS** : Tentative de Suicide

**UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

**UTOX** : Unité Toxicologique

## ILLUSTRATIONS ET ANNEXES

Figures :

**Figure 1** : Diagramme de flux

**Figure 2** : Prévalence de la pertinence de l'orientation des patients borderlines en aval de leur passage aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse

**Figure 3** : Diagramme de Forest représentant l'analyse bivariée des facteurs associés à une orientation non pertinente

**Figure 4** : Diagramme de Forest représentant l'analyse multivariée des facteurs associés à une orientation non pertinente

**Figure 5** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction de l'horaire d'orientation

**Figure 6** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction du psychiatre orienteur

**Figure 7** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction du lieu d'orientation

**Figure 8** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction de l'existence d'un suivi actif

Tableau :

**Tableau 1** : Principales caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus

Annexe :

**Annexe 1** : Analyse des facteurs associés à une orientation non pertinente

# 1. INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble commun et sévère qui se définit par une instabilité dans les relations interpersonnelles, les affects, l'image de soi, les émotions, par une impulsivité et par une répétition de gestes d'automutilation et/ou suicidaires (1).

Il s'agit d'un trouble fréquent, tant en population générale (2%) qu'en population psychiatrique (15 à 25% des patients hospitalisés en psychiatrie) (2).

Les patients souffrant d'un TPB font partie des utilisateurs réguliers des systèmes de soin et notamment des urgences psychiatriques, dont ils représentent dans les études en moyenne 9% des passages (3), du fait de l'expression clinique de leur symptomatologie, principalement en période de crise (4).

Les recommandations internationales préconisent alors, selon l'état clinique et le risque suicidaire du patient, une prise en charge intensive de crise, qu'elle soit en hospitalisation, toujours la plus courte possible et centrée sur la crise, ou en ambulatoire (5) (6).

D'après les données du département d'information médicale du CHU, en 2018 à Toulouse, 15.6% des passages aux urgences psychiatriques concernent des patients avec un TPB. Les causes de ces passages peuvent être multiples : idées ou gestes suicidaires, conduites auto-agressives, crises interpersonnelles ou situationnelles générant des états anxieux ou dépressifs, utilisations de substances toxiques ; et les demandes formulées aux urgences peuvent aller de la recherche d'informations à une mise à l'abri (7) .

Sur le territoire de la Métropole Toulousaine existent, en plus des modalités habituelles de soins ambulatoires, CMP ou suivi psychiatrique ou psychologique libéral, deux structures ambulatoires de crise permettant une prise en charge rapide et intensive : le Centre de Thérapies Brèves (CTB) et l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR). Il existe également, en sus des lits d'hospitalisations de secteur, de psychiatrie universitaire, et de cliniques privées, des lits d'hospitalisation de crise aux urgences.

En regard d'une telle offre de soins, on pourrait s'attendre à ce que lors d'un passage aux urgences d'un patient avec un TPB, il puisse être proposé une orientation qui s'inscrirait dans un parcours de soin optimal. Cependant nous nous sommes interrogés sur l'efficacité de cette organisation et les éventuelles insuffisances devant la difficulté ressentie lors de la pratique aux urgences pour organiser les orientations et les suivis : nos orientations sont-elles pertinentes au regard des recommandations actuelles ? Et si non, quels sont les facteurs qui influencent la pertinence de ces orientations : des facteurs cliniques liés aux patients, des facteurs organisationnels ou bien territoriaux ?

L'objectif principal de notre étude est de déterminer la prévalence de ces orientations non pertinentes. À cet objectif principal, nous ajoutons, en objectif secondaire, la description des variables associées aux orientations non pertinentes.

## **2. MATÉRIEL & MÉTHODE**

### **Design de l'étude**

Notre étude, unicentrique, a été réalisée au CHU de Toulouse. Il s'agissait d'une étude rétrospective, épidémiologique et descriptive. Nous avons utilisé des données collectées rétrospectivement via le dossier de soin informatisé du patient, dans le cadre du soin.

En conformité avec les lois françaises de bioéthique, les patients ont été informés que leurs données informatisées pouvaient être utilisées pour une étude. Cette étude, basée sur l'exploitation de données de soins courants, a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et rentre dans la méthodologie de référence MR-004.

### **Population étudiée**

Les critères d'inclusion étaient : femmes et hommes, d'âge supérieur ou égal à 18 ans, admis dans le pôle des urgences psychiatriques (Consultation, UHCD Psychiatrique, Unité Toxicologique) ayant eu un diagnostic CIM-10 (principal ou associé(s)) de trouble de la personnalité borderline (F 60.3) codé sur le logiciel Urqual® utilisé aux urgences.

Les patients évalués dans le cadre d'une réquisition, ainsi que les patients présentant un retard mental diagnostiqué, des troubles neuro-développementaux, une pathologie neurodégénérative associée, et un trouble psychotique associé ont été exclus.

Si le dossier du patient faisait part de plusieurs passages aux urgences psychiatriques pendant les 6 mois de la période étudiée, alors seules les observations correspondant à son premier passage pendant le semestre étaient prises en compte et étudiées.

## Construction du critère de jugement principal

Si, dans la littérature scientifique française ou internationale, il n'existe pas de recommandations précises concernant le lieu d'orientation le plus pertinent pour les patients borderlines après leur passage aux urgences, les guides de bonnes pratiques insistent sur la disponibilité, la réactivité et la proactivité des soins (5) .

Ainsi, afin de répondre à l'objectif principal, nous avons eu recours à un panel de 8 psychiatres évaluateurs qui ont examiné les différents dossiers et ont statué sur la pertinence ou non de ces orientations.

Pour étalonner les avis des évaluateurs, nous avons d'abord fait une pré-analyse de concordance (16 mêmes patients ont été vus par les 8 juges). Par la suite, chaque dossier a été expertisé en double vue.

Les évaluateurs, tous psychiatres au CHU de Toulouse et bien que travaillant dans différents services, avaient en commun un travail quotidien auprès d'une population de patients avec un TPB et possédaient donc une forme d'expertise en pratique clinique sur le trouble et sur l'offre de soins locale.

Préalablement à l'étude, tous avaient reçu, lors d'une réunion, les données bibliographiques disponibles spécifiques à la prise en charge aux urgences des patients présentant un TPB (recommandations de la NICE (8) et de la NHMRC (5) relatives au management du trouble de la personnalité borderline, ainsi qu'à l'article *Borderline Personality Disorder in the Emergency Department : Good Psychiatric Management* de Victor Hong (3)).

À la lecture du dossier, l'évaluateur devait répondre à une série de 6 questions via un questionnaire informatisé.

Les 4 premières questions, construites pour homogénéiser les critères de relecture, interrogeaient l'évaluateur sur la pertinence de l'orientation selon différentes dimensions relatives au patient : sa situation clinique, son parcours de soin global, sa situation socio-environnementale, et selon la réactivité et proactivité estimée du lieu de son orientation. Les réponses à ces 4 premières questions étaient attendues sur une échelle de Likert de 1 (non pas du tout) à 5 (oui tout à fait).

À la cinquième question « L'orientation était-elle globalement pertinente ? », l'évaluateur devait répondre par oui ou par non.

La sixième question, dont la réponse était également attendue par oui ou par non, (« Compte tenu des éléments du dossier, êtes-vous plutôt d'accord avec le diagnostic de trouble de la personnalité borderline posé pour ce patient ? ») visait à éliminer les patients codés TPB de manière erronée sur le logiciel des urgences.

Chaque examinateur devait à la fois se fier à son impression clinique du dossier, et devait répondre en respectant les prérequis suivants :

- Face à une situation de crise, les patients devaient être adressés vers les structures réactives ambulatoires, où le soin est en mesure de s'intensifier ; ou bien être ré adressés, s'ils étaient déjà suivis, vers leur centre de soin courant ambulatoire habituel, si celui-ci était en mesure de proposer un rendez-vous rapide. En cas de risque suicidaire élevé, ou de comorbidité psychiatrique grave associée, le patient devait être adressé en hospitalisation, au mieux dans un service qui le connaissait ou alors, le cas échéant, à partir duquel il pouvait bénéficier d'un suivi ultérieur.
- Si le patient ne se trouvait pas en situation de crise, il était préférable qu'il bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique en ambulatoire et donc être ré adressé vers son lieu de suivi habituel s'il en avait un, ou adressé vers un CMP, ou un psychothérapeute libéral le cas échéant (9).
- Si une information était manquante dans le dossier du patient, alors elle ne devait pas être prise en compte ou interprétée.

Si les deux juges examinant le même dossier étaient en désaccord concernant la pertinence globale de l'orientation, alors l'avis d'un troisième juge était demandé.

## **Évaluation du critère de jugement secondaire**

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons méthodiquement recueilli des données via le dossier de soin informatisé.

- Critères sociodémographiques relatifs au patient

Nous avons recueilli l'âge, le sexe, la situation familiale (célibataire ou en couple), l'existence ou non d'une personne ressource, la situation professionnelle (pas de travail, perception d'un salaire, étudiant), la perception ou non d'allocations.

- Critères relatifs aux antécédents psychiatriques du patient

Les critères suivants ont été collectés : suivi psychiatrique actuel (aucun, suivi ambulatoire hospitalier, suivi ambulatoire libéral), suivi paramédical actuel, antécédents de passage aux urgences psychiatriques, antécédents de prise en charge dans une structure ambulatoire de crise à Toulouse (CTB ou AJIR), antécédents d'hospitalisation en psychiatrie dans une structure publique, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie en clinique privée, traitements psychotropes actuels (thymorégulateurs, antipsychotiques de 1<sup>ère</sup> génération, antipsychotiques atypiques, benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs, autres anxiolytiques, antidépresseurs), comorbidité psychiatrique (trouble bipolaire, trouble dépressif, trouble anxieux, état de stress post-traumatique, trouble du comportement alimentaire), comorbidité addictologique (tabac, alcool, dérivés du cannabis, cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes).

- Critères relatifs au motif actuel de passage aux urgences

Nous avons recherché : l'existence d'idées suicidaires, la présence d'un passage à l'acte suicidaire et si oui, le moyen employé (phlébotomie, pendaison, intoxication médicamenteuse volontaire, précipitation), et l'intentionnalité suicidaire évaluée via le score de l'échelle de Pierce (10). Cette échelle était renseignée sur le logiciel des urgences lorsqu'il y avait eu un geste auto-agressif et le score s'obtenait en calculant la somme des points des 12 questions de l'échelle. Il variait de 0 à 25 (0-3 : Intentionnalité faible, 4-10 : Intentionnalité moyenne, 11-25 : Intentionnalité élevée).

- Critères administratifs relatifs au passage aux urgences

Les critères suivants ont pu être recueillis : date de primo évaluation psychiatrique aux urgences, horaire de primo évaluation (jour ou nuit, jour de semaine ou de weekend /

jour férié, période de vacances scolaires, période de fermeture des centres de soins réactifs CTB et AJIR), date d'orientation, lieu d'orientation (aucun, premier adressage vers l'ambulatorio en soins courants, adressage vers les soins ambulatoires déjà investis, unité de soins réactifs, hospitalisation vers le secteur public, hospitalisation en clinique privée), psychiatre orienteur (senior ou interne, des urgences ou de garde), existence d'un contact avec un médecin connaissant le patient pendant la prise en charge aux urgences (médecin généraliste ou psychiatre).

- Critères relatifs à une réadmission aux urgences dans le mois suivant l'orientation initiale

Nous avons recherché si le patient avait été admis aux urgences psychiatriques dans les 30 jours suivants l'orientation initiale et si oui, quel en avait été le motif (tentative de suicide, idées suicidaires ou autre).

## **Analyses statistiques**

Les analyses ont été réalisées en 3 étapes.

En effet, une analyse descriptive des jugements du panel d'experts a précédé une analyse descriptive des données relatives aux patients afin de permettre la comparaison des facteurs associés au groupe orientations non pertinentes face au groupe orientations pertinentes. Ces facteurs ont été comparés par des tests bivariés et multivariés.

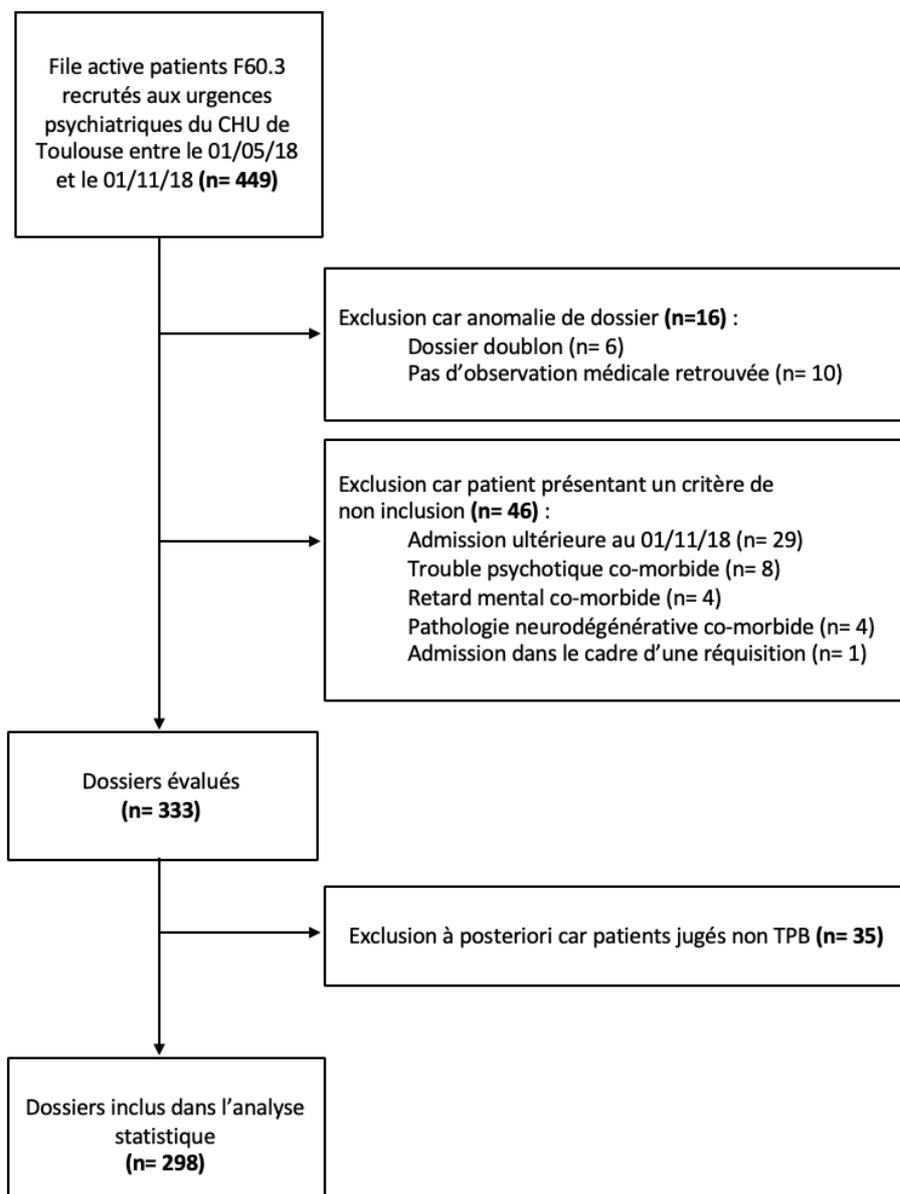
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA v14.2.

### 3. RÉSULTATS

#### Description de l'échantillon

Entre le 01/05/2018 et le 01/11/2018, 333 patients ont été inclus dans l'étude et évalués par les juges (figure 1).

**Figure 1** : Diagramme de flux



## **Analyse de la concordance inter-juges**

La concordance inter-juges a été évaluée par le coefficient kappa de Fleiss et son intervalle de confiance à 95%.

Sur l'avis concernant le diagnostic de TPB, le taux d'accord était de 89.3% et le kappa de Fleiss montrait une concordance importante à 0.61.

Pour 10.5% des 333 patients (soient 35 patients), tous les juges étaient en désaccord avec le diagnostic de TPB codé sur le logiciel des urgences, pour 77.2% des patients, tous les juges étaient en accord avec le diagnostic et pour 12.3% des patients, il existait un désaccord entre les juges (au moins 1 des 2 ou 3 juges différait) sur le diagnostic.

Nous avons pris le parti d'exclure de nos analyses statistiques, à posteriori, les 35 dossiers de patients pour lesquels tous les évaluateurs analysant le dossier avaient jugé le diagnostic de TPB inapproprié.

Les analyses statistiques suivantes ont donc été menées sur les 298 patients restants, dont les principales caractéristiques sociodémographiques sont représentées dans le tableau 1.

Sur l'avis concernant l'orientation globale, le taux d'accord était de 85.5% et le kappa de Fleiss montrait une concordance importante à 0.69.

Chaque dimension de la pertinence était cotée sur une échelle de Likert, de 1 (non pas du tout) à 5 (oui tout à fait). Les scores 1 et 2 ont été regroupés, ainsi que les scores 4 et 5 pour l'évaluation de la concordance.

Sur l'avis concernant la pertinence de l'orientation par rapport à la clinique actuelle présentée par le patient, le taux d'accord était de 69.2% et le kappa de Fleiss de 0.40.

Sur l'avis concernant la pertinence de l'orientation par rapport au parcours clinique global du patient, le taux d'accord était de 71.9% et le kappa de Fleiss de 0.45.

Sur l'avis concernant la pertinence de l'orientation par rapport à la situation socio-économique du patient, le taux d'accord était de 66.7% et le kappa de Fleiss de 0.39.

Sur l'avis concernant la pertinence de l'orientation par rapport à la réactivité estimée du lieu d'orientation, le taux d'accord était de 69.0% et le kappa de Fleiss de 0.48.

**Tableau 1** : Principales caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Âge</b>		
18 - 25 ans	115	38.6
25 - 34 ans	92	30.9
> 35 ans	91	30.5
<b>Sexe</b>		
Masculin	77	25.8
Féminin	221	74.2
<b>Situation familiale</b>		
Célibataire	194	65.1
En couple	100	33.6
Non précisé	4	1.3
<b>Entourage</b>		
Aucune personne ressource déclarée	32	10.7
Existence d'une personne ressource déclarée	248	83.2
Non précisé	18	6.1
<b>Activité</b>		
Sans emploi	145	48.7
Salarié	92	30.9
Travailleur indépendant	6	2.0
Étudiant	34	11.4
Retraité	2	0.7
Autre	4	1.3
Non précisé	15	5.0
<b>Revenus complémentaires</b>		
Aucun	118	39.6
Indemnités journalières	15	5.0
Pension d'invalidité	7	2.4
Aide personnalisée au logement	2	0.7
Pension de retraite	2	0.7
Chômage	24	8.1
Revenu de solidarité active	17	5.7
AAH	57	19.1
Non précisé	56	18.8

## Résolution des désaccords

Chaque dossier était expertisé en double vue. S'il existait un désaccord entre les 2 juges pour un même dossier, nous faisons appel à un 3<sup>ème</sup> juge.

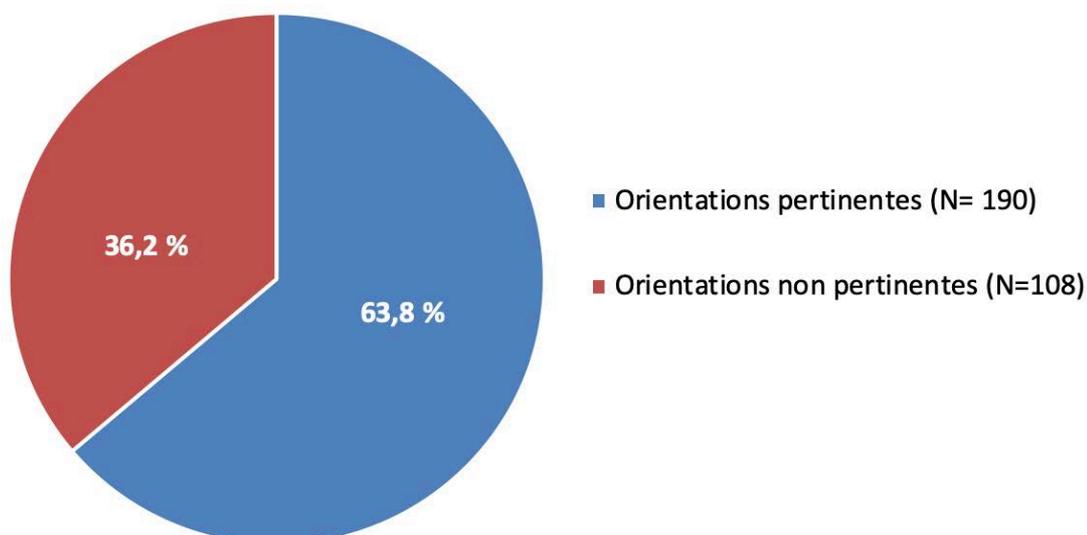
Pour 72 patients (21.6%), l'avis d'un 3<sup>ème</sup> juge a été sollicité afin de résoudre le désaccord entre les deux juges initiaux. Chaque patient a reçu en moyenne 2.2 avis.

## Critère de jugement principal

Sur les 298 patients qui ont été jugés borderlines par le panel d'évaluateurs, 108 ont été orientés de manière non pertinente, soit 36.2%, IC95% [30.7-42.0] (figure 2).

La prévalence et son intervalle de confiance à 95 % ont été estimées selon la méthode binomiale exacte.

**Figure 2** : Prévalence de la pertinence de l'orientation des patients borderlines en aval de leur passage aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse



## **Critères de jugement secondaires : analyse des facteurs associés à une orientation non pertinente**

Les caractéristiques des sujets associées à une orientation non pertinente ont été identifiées par des modèles de régression logistique.

L'ensemble des résultats sont présentés en annexe 1, et les résultats d'intérêt sont représentés figures 3 et 4.

### *Analyses bivariées*

Dans un premier temps, nous avons conduit plusieurs modèles de régression logistique simples modélisant la probabilité d'avoir une orientation non pertinente. Chaque modèle nous a donné l'OR brut associé à une orientation non pertinente.

### *Analyses multivariées*

Dans un deuxième temps, nous avons conduit une régression logistique multi-variables modélisant la probabilité d'avoir une orientation non pertinente.

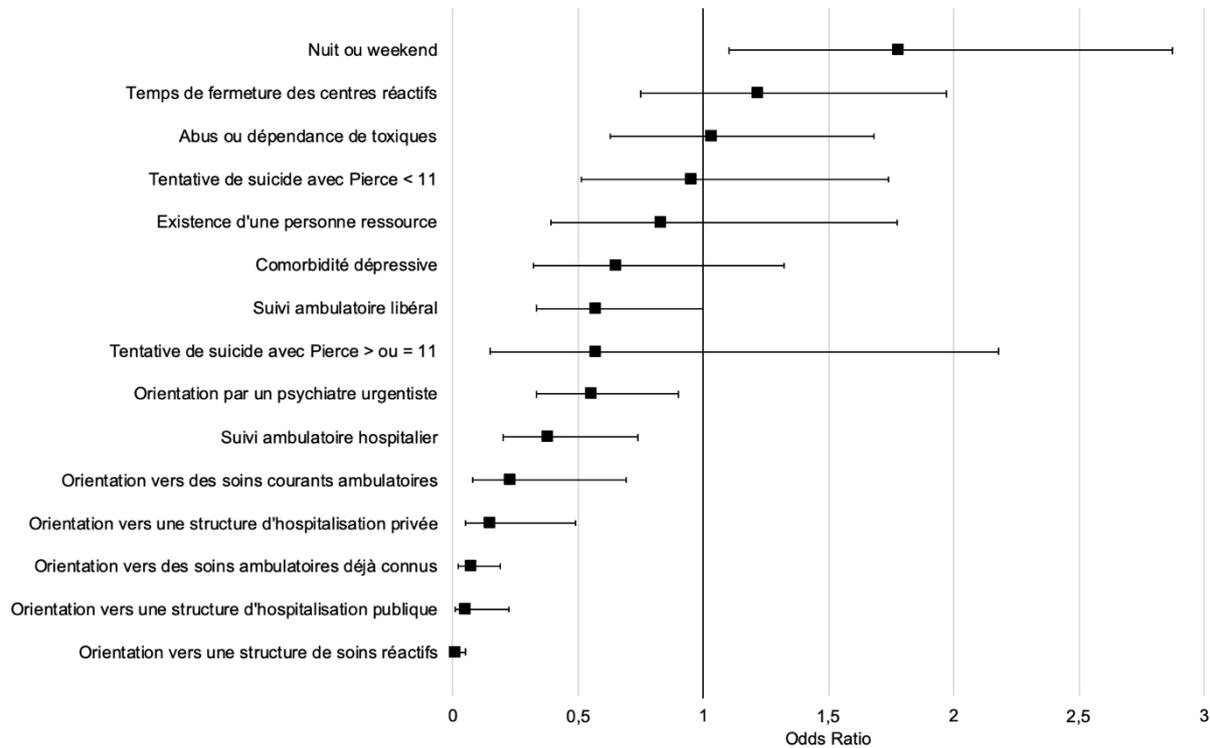
Le modèle initial contenait les variables significatives à  $p < 0.20$  dans les analyses bivariées et les variables susceptibles d'être des facteurs de confusion forcés dans le modèle (âge, existence d'une tentative de suicide).

Dans cette analyse, nous n'avons pas pris en compte le lieu d'orientation car celui-ci expliquait quasiment à lui tout seul la pertinence de l'orientation.

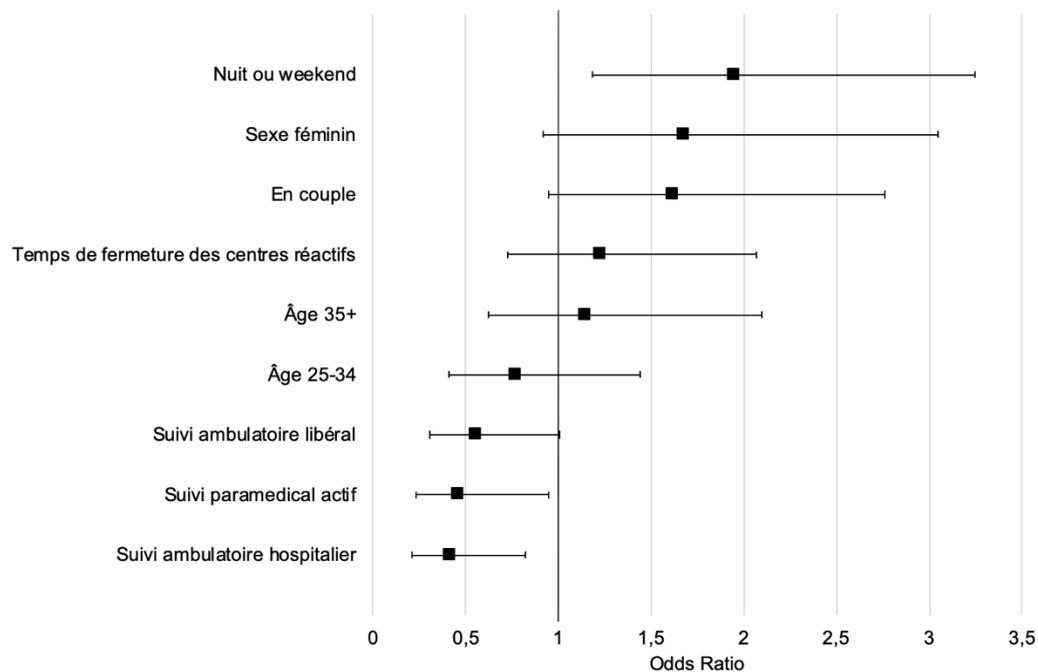
Le modèle initial contenait donc : l'âge, le sexe, la situation familiale (en couple / célibataire), l'existence d'un suivi psychiatrique actif, l'existence d'un suivi paramédical actif, les 7 classes de médicaments psychotropes (thymorégulateurs / antipsychotiques de 1<sup>ère</sup> génération / antipsychotiques atypiques / benzodiazépines / neuroleptiques sédatifs / autres anxiolytiques / antidépresseurs), la dépression co-morbide, l'existence d'une tentative de suicide avec son niveau d'intentionnalité, l'horaire d'orientation (jour / nuit et semaine / week-end), les temps de fermeture des centres de soin réactifs, ainsi que le médecin orienteur (psychiatre des urgences / psychiatre de garde).

Nous avons simplifié de façon pas à pas descendante le modèle, jusqu'à conserver un modèle réduit contenant les facteurs associés de manière significative (ou proche de la significativité) à une orientation non pertinente et nous avons forcé l'âge qui est un facteur de confusion potentiel.

**Figure 3** : Diagramme de Forest représentant l'analyse bivariée des facteurs associés à une orientation non pertinente



**Figure 4** : Diagramme de Forest représentant l'analyse multivariée des facteurs associés à une orientation non pertinente

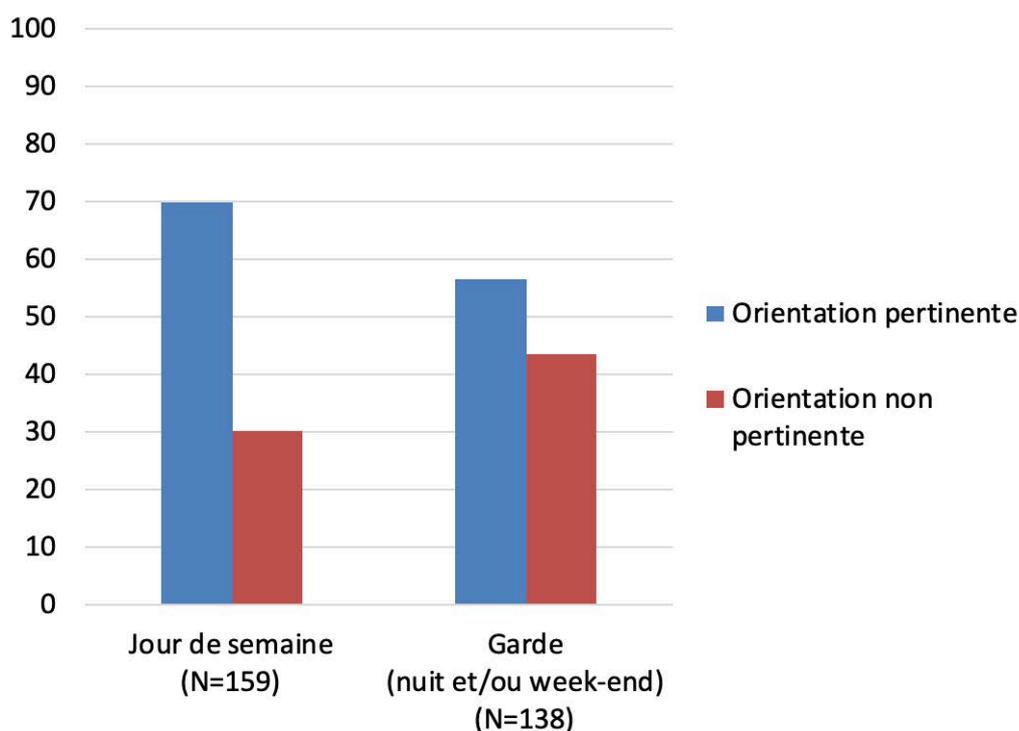


## Les horaires d'orientation

Pendant la période que couvrait notre étude, 46.3% des patients, souffrant d'un TPB et qui étaient passés aux urgences, ont été orientés pendant une période de garde, la nuit et/ou le week-end. Parmi ces orientations, 55.6% ont été jugées non pertinentes par les évaluateurs. Elles représentent 43.5% des orientations non pertinentes, comme le montre la figure 5.

Il existe une association significative entre la non pertinence des orientations et les horaires d'orientation des patients ; il est en effet 1.44 fois plus fréquent d'être orienté de manière non pertinente lorsque l'orientation a lieu pendant un horaire de garde (la nuit / le week-end) qu'en journée et en semaine ( $p = 0.018$ , IC95% [1.10-2.87], OR 1.78 en analyse bivariée) (figure 3). En analyse multivariée, en tenant compte des autres caractéristiques, l'impact délétère de la période de garde nuit/week-end est plus fort ( $p = 0.010$ , IC95% [1.18-3.35], OR 1.95) (figure 4).

**Figure 5** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction de l'horaire d'orientation



## Le psychiatre orienteur

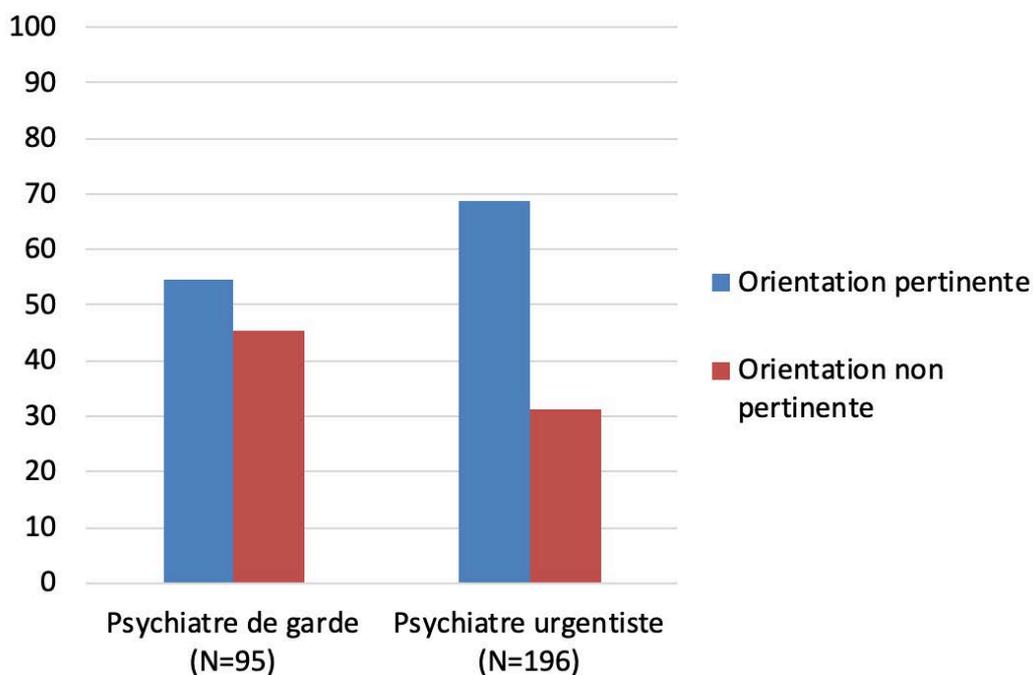
Dans notre étude, nous avons constaté que 65.8% des patients souffrant d'un TPB étaient orientés par les médecins psychiatres travaillant quotidiennement aux urgences, contre 31.9% qui étaient orientés par les psychiatres de garde non urgentistes.

Or, l'évaluation des dossiers a montré que 45.3% des orientations non pertinentes étaient faites par un psychiatre de garde contre 31.1% qui étaient faites par les psychiatres urgentistes (Figure 6).

Les données concernant le psychiatre orienteur étaient manquantes pour 7 sujets, et parmi ces dossiers, 3 (42.9%) orientation ont été jugées pertinentes, contre 4 (57.1%) jugées non pertinentes.

Être orienté par un psychiatre urgentiste serait donc plus protecteur vis-à-vis d'une orientation non pertinente ( $p = 0.019$ , IC95% [0.33-0.90], OR brut 0.55) (figure 3). À l'inverse, selon le rapport des prévalences, il est 1.46 fois plus fréquent qu'une orientation soit non pertinente si elle est faite par un psychiatre non urgentiste de garde, que si elle est faite par un psychiatre urgentiste.

**Figure 6** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction du psychiatre orienteur



Nous pourrions tenter d'expliquer ces résultats de plusieurs façons.

Tout d'abord, il est possible que les psychiatres urgentistes voient, de par leur pratique quotidienne, plus de patients souffrant de TPB. En effet, du fait de la répétition des crises qui font partie intégrante du TPB, le passage aux urgences de cette population est fréquent. Les urgentistes seraient alors plus familiers avec ce type de prise en charge, et donc mieux formés pour accueillir et orienter les patients TPB que les psychiatres non urgentistes.

D'autre part, les urgentistes travaillent et donc orientent leurs patients majoritairement en journée et en semaine, même s'ils participent également à l'activité de garde dans le cadre de la permanence des soins. Ces moments, où les structures d'aval sont ouvertes, et où les liens avec les différents partenaires habituels de la prise en charge du patient sont possibles, sont donc plus propices aux admissions que lorsque celles-ci sont demandées la nuit. Ils permettent en effet un ajustement de l'articulation entre les dispositifs et les acteurs de soins, ainsi qu'un contrôle de la disponibilité de chacun, en temps réel.

De plus, en journée et en semaine, il y a numériquement plus de psychiatres évoluant aux urgences (4 psychiatres séniors et 4 internes présents en journée contre 1 senior et 1 interne qui assurent la garde), donc plus de possibilités de structurer les projets de soin en bénéficiant de plus de temps disponible. Les conditions d'exercice en journée et en semaine permettraient, pour chaque psychiatre, un travail plus qualitatif et potentiellement moins quantitatif que le travail en garde.

Enfin, il est possible que les dossiers des psychiatres urgentistes, plus familiers du dossier médical informatisé sur le logiciel ORBIS® et des recommandations, aient été plus complets et aient bénéficié d'un regard bienveillant des évaluateurs de notre étude.

### Le lieu d'orientation

Il existe une association statistiquement significative entre le lieu d'orientation et la pertinence de l'orientation,  $p < 10^{-3}$  (test du  $\chi^2$ ).

10.1% des patients inclus sont sortis des urgences sans suivi actif.

Pour 83.3% des patients qui ressortent sans orientation, cette non orientation est jugée non pertinente.

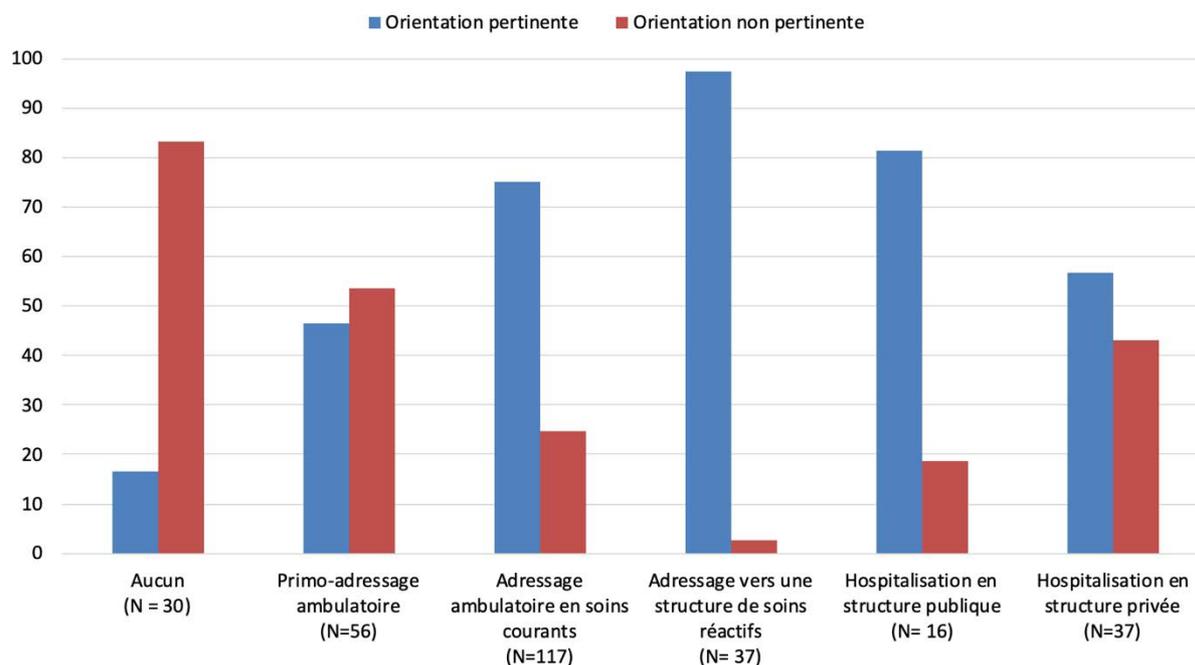
47% des patients inclus n'avaient pas de suivi psychiatrique actif avant leur passage aux urgences.

53.6% des orientations vers des soins ambulatoires courants pour la 1<sup>ère</sup> fois sont jugées non pertinentes. Ce chiffre peut probablement s'expliquer du fait d'une moindre réactivité des structures lorsqu'on leur adresse un patient pour une première fois.

Dans 75.2% des orientations vers des soins courants déjà connus, et 97% des orientations vers une structure ambulatoire réactive, l'orientation a été jugée pertinente, avec respectivement un OR à 0.07, IC95% [0.02-0.19] et un OR à 0.01, IC95 % [0.00-0.05].

Les données concernant le lieu d'orientation étaient manquantes pour 5 sujets, et parmi ces dossiers, seule 1 (20%) orientation a été jugée pertinente, contre 4 (80%) jugées non pertinentes. (Figure 7)

**Figure 7** : Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction du lieu d'orientation



Ces résultats, très largement significatifs, montrent l'aspect protecteur des soins ambulatoires déjà investis et des structures réactives vis-à-vis d'une orientation non pertinente et découlent probablement du fait que les évaluateurs ont, dans ces cas-là, jugé pertinente la bonne cohérence du parcours de soins du patient, comme préconisé par le *Good Psychiatric Management* de Jonh G. Gunderson (9).

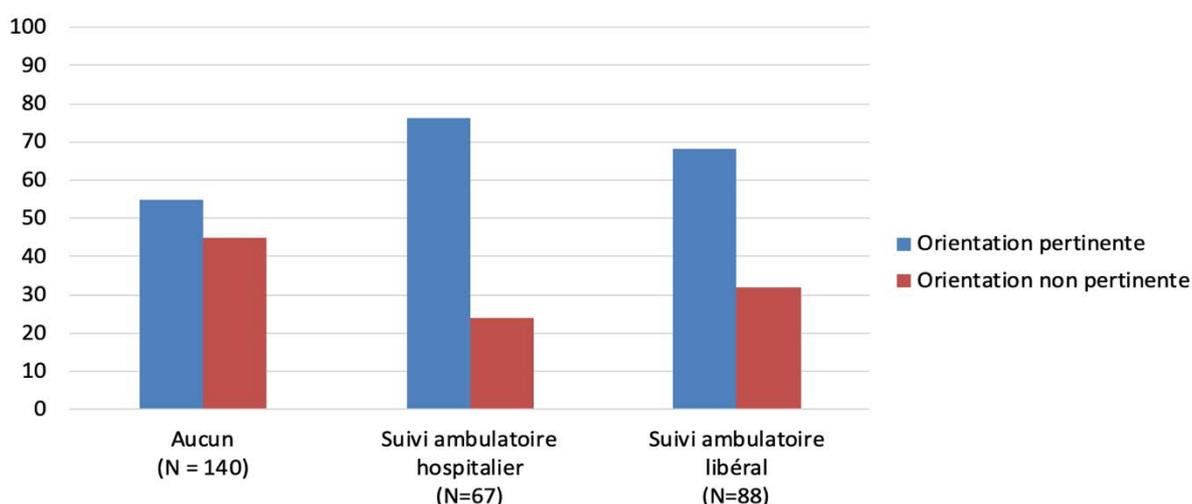
Ces résultats sont également à mettre en lien avec l'aspect protecteur, vis-à-vis des orientations non pertinentes, de l'existence d'un suivi psychiatrique public ou libéral actif préalable au passage aux urgences.

La figure 8 montre que 45% des patients n'ayant aucun suivi psychiatrique ambulatoire actif ont été orientés de façon non pertinente, contre 23.9% pour les patients qui ont un suivi ambulatoire hospitalier et 31.8% des patients qui ont un suivi ambulatoire libéral ( $p = 0.007$  et respectivement OR 0.38, IC95% [0.20-0.74] pour le suivi hospitalier et OR 0.57, IC95% [0.33-1.00] pour le suivi libéral) (figure 3). En analyse multivariée, en tenant compte des autres caractéristiques, l'impact délétère de l'absence de suivi actif est fort ( $p = 0.020$ ) (figure 4).

Les données concernant l'existence d'un suivi actif étaient manquantes pour 3 sujets, et parmi ces dossiers, 2 (66.6%) orientations ont été jugées pertinentes, contre 1 (33.3%) jugée non pertinente.

Cela renforce l'idée qu'une orientation a plus de chance d'être pertinente si elle se fait vers un lieu de soin déjà connu et investi par le patient.

**Figure 8 :** Évaluation de la pertinence de l'orientation en fonction de l'existence d'un suivi actif



Nous retrouvons presque 2 fois moins d'orientations vers les secteurs d'hospitalisation publics que vers des cliniques privées. Cela pourrait s'expliquer du fait de la spécificité de notre département dont le ratio lits privés lucratifs/lits publics est de 2/1, strictement inverse au ratio national.

Paradoxalement, il est 2.29 fois plus fréquent d'avoir une orientation non pertinente lorsque l'orientation a lieu vers une clinique privée que lorsqu'elle se fait vers un secteur du public ( $p < 10^{-4}$ ). Pour expliquer ce résultat, nous formulons deux hypothèses : la première tient au fait que les évaluateurs ont pu juger qu'à la sortie d'un établissement privé, le projet de suivi est souvent moins structuré et moins spécifique de la pathologie. La deuxième tenant au type d'exercice de nos évaluateurs qui évoluent au sein d'une structure publique de soins.

### Autres facteurs

Nous nous attendions à ce que les temps de fermeture des centres réactifs influent négativement sur la pertinence, en dégradant les possibilités d'orientation. Cependant, si cet impact négatif est retrouvé grâce à un OR 1.22, ce résultat est non significatif IC95% [0.75-1.97],  $p = 0.426$ .

Plusieurs biais peuvent expliquer que cette tendance n'atteigne pas le seuil de significativité :

- Les admissions au CTB ont été fermées par manque de disponibilité soignante du 30/07/18 au 26/08/18 et du 16/10/18 au 31/10/18 pendant notre étude. Ces fermetures récurrentes ces dernières années et quasi systématiques sur des périodes données (période estivale, fêtes de fin d'année...) ont conduit les psychiatres intervenant aux urgences à développer des stratégies adaptatives lors de ces fermetures : gestion de la crise en hospitalisation, mobilisation des généralistes, consultations de post-urgences etc., qui ont été considérés comme suffisamment pertinentes par nos évaluateurs, alors qu'elles sont beaucoup moins spécifiques et adaptées qu'une prise en charge dans un centre réactif ambulatoire.
- La traçabilité rétrospective des temps de fermeture de l'AJIR est particulièrement complexe car elle peut être partielle et s'organiser sous forme de réduction des admissions ou de possibilité d'admission mais avec un délai de 10-15 jours pour le premier contact. Cette sous-estimation des temps de fermeture de l'AJIR a donc pu altérer nos analyses statistiques.

Nos résultats montrent que 83.2% des patients inclus déclarent avoir au moins une personne ressource dans leur entourage. Nous pensons que la présence d'une personne ressource, qui pourrait jouer le rôle de figure d'attachement pour le patient,

sur laquelle il pourrait compter en cas de difficultés à l'extérieur et sur qui les thérapeutes pourraient s'appuyer afin d'obtenir des informations plus objectives serait un facteur protecteur vis-à-vis d'une orientation non pertinente. Il se trouve que l'aspect protecteur de la présence d'une personne ressource est retrouvé mais de manière non significative (OR brut 0.83, IC95% [0.39-1.77],  $p = 0.634$ ).

Nous pensions également montrer qu'une comorbidité addictologique aurait un impact négatif sur les orientations, les rendant plus à risque de non pertinence du fait de la plus grande difficulté à prendre en charge les patients. Les résultats de notre analyse montrent une association non significative entre un abus ou une dépendance à un ou plusieurs toxiques et la pertinence de l'orientation (OR 1.03, IC95% [0.63-1.68],  $p = 0.904$ ).

De même, nous nous attendions à ce qu'une comorbidité dépressive, ou une admission du fait d'une tentative de suicide avec forte intentionnalité suicidaire auraient un impact sur la qualité de l'orientation. En effet, les recommandations préconisent clairement une hospitalisation dans ces situations-là, nous pensions donc, que, sans suspens, nous retrouverions une corrélation entre l'existence de ces variables et une orientation pertinente. Néanmoins, dans les deux cas, l'association retrouvée est non significative, respectivement OR brut 0.65, IC95% [0.32-1.32],  $p=0.221$  et OR brut 0.57, IC95% [0.15-2.18],  $p = 0.857$ .

Pour les 4 variables ci-dessus, nous pouvons supposer qu'un défaut de recueil est probablement en cause dans la non significativité des résultats.

D'autre part, du fait d'un trop grand nombre de données manquantes lors du recueil, nous n'avons finalement pas pu faire d'analyse statistiques sur les variables suivantes : antécédents de prise en charge dans une structure ambulatoire de crise à Toulouse (CTB ou AJIR), antécédents d'hospitalisation en psychiatrie dans une structure publique, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie en clinique privée.

## **Impact de la pertinence de l'orientation sur les réadmissions à 1 mois**

Nous avons testé l'association entre le lieu d'orientation, la réadmission et certaines variables d'intérêt par des tests du chi<sup>2</sup>.

Sur les 298 patients initialement inclus, il y a eu 81 réadmissions à 1 mois, soit une prévalence de 27.3% avec un IC95% [22.3-32.7].

Parmi ces réadmissions, 30,8% concernaient des orientations initialement non pertinentes (Pearson  $\chi^2 = 1.0738$ , Pr = 0.300).

Parmi ces 81 réadmissions, la prévalence des tentatives de suicide était de 33.8%. D'autre part, 48.2% de ces réadmissions pour tentative de suicide concernaient des orientations initialement non pertinentes (association non significative OR brut 1.00, IC95% [0.63-1.57],  $p = 0.98$ ).

La non pertinence des orientations pourrait donc avoir un impact direct sur les réadmissions à 1 mois, et à fortiori sur les taux de TS à 1 mois.

## **4. DISCUSSION**

### **Résumé des résultats**

Notre étude a mis en évidence que 36.2% des patients souffrant d'un TPB sont orientés de façon non pertinente à l'issue de leur prise en charge aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, ce qui ne peut être satisfaisant.

Les variables associées de manière significatives à cette non pertinence de leur orientation sont principalement une orientation pendant les horaires de garde (la nuit ou le week-end). Les facteurs protecteurs vis-à-vis d'une orientation non pertinente qui ressortent significativement sont : la décision d'orientation par un psychiatre urgentiste formé à la prise en charge des patients souffrant d'un TPB, l'existence d'un suivi psychiatrique préalable à la venue aux urgences (mais 47.0% de notre population est sans suivi psychiatrique actif) et une orientation qui se fait principalement vers des structures ambulatoires déjà connues ou des centres réactifs.

### **Limites des résultats**

Nous espérons mettre en évidence d'autres facteurs pouvant influencer sur la pertinence des orientations tels que : les comorbidités psychiatriques et en particulier dépressives, les comorbidités addictologiques, les tentatives de suicide avec une forte intentionnalité suicidaire, les temps de fermeture des centres ambulatoires réactifs et l'existence d'une personne ressource. Néanmoins nous ne pouvons pas conclure de l'impact de ces facteurs sur la pertinence de l'orientation des patients souffrant d'un TPB, les résultats étant non significatifs.

De même, nous n'avons pas pu mettre en évidence de caractéristiques cliniques ou sociodémographiques des patients pouvant expliquer la pertinence des orientations.

### **Forces et limites de l'étude**

L'atout majeur de cette étude est de se pencher au plus près de la clinique sur une problématique quotidienne dans une démarche qualitative de pertinence des soins et

de préventions : prévention du risque suicidaire, prévention du retour aux urgences, intervention la plus précoce et la plus spécifique possible d'un trouble mental commun et fréquemment invalidant.

Cette étude intervient dans un contexte où, en dépit d'une augmentation constante du nombre de passages aux urgences, d'un flux tendu dans les services de psychiatrie toulousains et d'une réflexion générale sur la prise en charge des patients souffrant d'un TBP, qui sont de grands utilisateurs des services d'urgence, il n'existe, pour le moment, aucune recommandation française sur l'orientation spécifique de ces patients en aval des urgences. De même, il existe très peu d'études ayant été menées sur ce sujet et donc peu de données dans la littérature scientifique qui abordent cette question.

En l'absence de recommandations précises, nous avons proposé une évaluation de la pertinence de l'orientation par un panel de juges, cette méthode performante et originale a le mérite de palier à l'absence de recommandations objectives, à condition de contrôler les biais de subjectivité, ce que nous avons tenté de faire en prenant un maximum de précautions méthodologiques : des réunions entre les juges avant l'étude pour convenir de moyens d'uniformiser leurs réponses, pré-analyses pour étalonner les réponses des 8 juges, évaluation des dossiers des patients en double vue et, en cas de désaccord entre les deux juges évaluant le même dossier, nous avons choisi de le résoudre grâce à l'intervention d'un 3<sup>ème</sup> juge.

Notre objectif étant d'étudier les pratiques et de décrire et comprendre les situations réelles d'exercice, nous avons choisi des évaluateurs plus experts de l'exercice clinique aux urgences, rencontrant beaucoup de patients souffrant de TPB et vrais experts du réseau local de soins, que des experts du TPB au sens classique du terme. Après training et revue bibliographique partagée, ces évaluateurs simples nous ont donc semblé être les plus compétents pour juger de ces orientations.

Notre étude possède un biais de recueil d'informations du fait de sa nature rétrospective, basée sur l'analyse de dossiers patients qui n'ont peut-être pas toujours été remplis de manière optimale par les médecins intervenant au sein des urgences. Pour rappel, les éléments non tracés étaient considérés comme non-existants. Plus de 90 médecins, internes et seniors confondus, ayant eux même des niveaux de formation, des lieux d'exercice et des profils différents, participent à la permanence

des soins. Pour s'affranchir de ce biais, il aurait fallu mener une étude prospective avec un nombre restreint de médecins, spécialisés dans la prise en charge des patients souffrant d'un TPB, remplissant les dossiers, ce qui nous aurait éloigné des conditions réelles de fonctionnement des urgences.

Enfin, nous avons un biais possible de diagnostic. Notre échantillon a été constitué à partir des diagnostics codés par le médecin ayant vu le patient aux urgences au moment de sa sortie du service, sans outil diagnostic spécifique. Afin de réduire le nombre de patients codés de manière erronée F60.3 sur le logiciel des urgences, nous nous sommes adaptés au moment de l'évaluation des dossiers en ajoutant la question « Compte tenu des éléments du dossier, êtes-vous plutôt d'accord avec le diagnostic de trouble de la personnalité borderline posé pour ce patient ? » sur le questionnaire, ce qui nous a permis d'éliminer 35 patients de l'analyse et ainsi d'éviter un biais d'erreur de classification.

Dans notre étude, parmi les évaluateurs, aucun ne faisait partie du secteur libéral ; il est cependant à noter que les médecins du secteur libéral ne participent pas à l'activité du service des urgences. Et aucun, pour des raisons pratiques de disponibilité d'accès aux dossiers informatisés du CHU depuis leur lieu de travail habituel pour le temps d'évaluation des dossiers, ne faisait partie du secteur hospitalier hors CHU, tous étaient des psychiatres appartenant au pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire. De plus, parmi les évaluateurs, 3 faisaient partie de l'équipe des psychiatres urgentistes du CHU, donc on peut supposer de leur part une certaine bienveillance à l'égard des orientations faites par leurs collègues urgentistes au moment de répondre aux questionnaires. Afin de s'affranchir au maximum de ce biais, nous avons fait en sorte que les binômes évaluant les mêmes dossiers soient hétérogènes et ne soient pas composés de 2 urgentistes.

## 5. CONCLUSION

Notre étude montre que plus d'un tiers des patients borderlines admis aux urgences sont, par la suite, dirigés vers des soins qui n'ont pas semblé pertinents à notre panel de juges.

Nos résultats suggèrent qu'il existe une hétérogénéité de connaissances et de pratiques sur les TPB au niveau des praticiens orienteurs et que cela a un impact direct sur la pertinence des soins proposés aux patients. Cela implique également une perte de chance significative sur les passages en nuit et week-end pour l'accès à des soins de qualité. Ces deux facteurs peuvent se confondre ou s'additionner en fonction des configurations. Même un praticien très formé ne peut construire une orientation parfaite si le dispositif vers lequel il souhaite orienter son patient est fermé, si les acteurs habituels de la prise en charge ne sont pas joignables, si la structure est saturée, ou s'il n'a pas le temps disponible nécessaire pour construire le projet de soins...

La prise en charge d'un patient borderline doit, à notre avis, s'articuler en 3 niveaux : un suivi psychiatrique ambulatoire stable et pérenne, un lieu toujours disponible dans les moments de crise, et des outils de soins spécifiques adaptés au trouble.

Il existe d'ores et déjà de multiples structures de suivis psychiatriques ambulatoires, qu'elles soient publiques ou privées. L'idéal serait qu'elles soient en mesure de supporter les enjeux relationnels et les crises permanentes, qui font toute la complexité du suivi d'un patient borderline.

Les urgences psychiatriques jouent déjà le rôle de lieu de soin toujours disponible et accessible à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. D'ailleurs, en raison de la récurrence des consultations en urgence, les urgences psychiatriques deviennent même parfois un maillon de la continuité des soins pour les patients avec un TPB. En situation de crise, elles accueillent, traitent de façon brève et ciblée, et orientent vers le dispositif le plus adapté à la situation du patient.

Les résultats de notre étude nous donnent des éléments de réponse sur la manière d'infléchir nos organisations. Devons-nous plus systématiser les consultations de post-urgences au SAU psychiatrique, par exemple, lorsque pendant les temps de garde, le psychiatre est en difficulté pour orienter pertinemment son patient ? Ainsi, une

consultation à 24h ou 48h du passage initial aux urgences, en journée et en semaine, pourrait permettre une orientation plus cadrée, moins dépendante des contraintes organisationnelles, et donc plus pertinente. Faudrait-il renforcer les centres de soin réactifs afin qu'ils puissent accueillir, en continu sur l'année, et le plus rapidement possible les patients en crise, orientés par les urgences ? Cela serait encore plus spécifique que la consultation post-urgence systématisée et ne viendrait pas majorer l'activité des urgences.

Néanmoins, ce qu'il manque cruellement sur notre territoire, c'est un dispositif qui propose des traitements spécifiques, simples, accessibles, peu coûteux et adaptés au TPB. Un tel dispositif, s'articulant à partir des urgences et des dispositifs réactifs, pourrait s'imaginer sous la forme d'un « Centre Ressource Borderline » pourrait avoir plusieurs missions :

- Renforcer les prises en charges psychiatriques ambulatoires préexistantes en proposant, de manière centralisée, des outils de soins spécifiques au TPB en groupe et en individuel, qui modifient le pronostic fonctionnel du trouble en transférant des compétences aux patients, tels que : la méditation en pleine conscience, des groupes de psychoéducation au TPB, de gestion des émotions et de l'impulsivité, de gestion des relations interpersonnelles, de gestion de la crise, des groupes de soutien pour les proches de patients borderlines etc.
- Jouer le rôle de plateforme ressource et de soutien aux soignants (médecins généralistes, psychologues, infirmiers) en proposant des évaluations diagnostiques précoces, des annonces diagnostiques, des conseils thérapeutiques et pharmacologiques et des projets de soins individualisés.
- Former les médecins, les équipes soignantes et les différents partenaires des réseaux de soins aux spécificités du trouble.
- Fédérer les praticiens de la région s'intéressant à ce trouble et animer un réseau de professionnels afin de faciliter la cohérence des parcours.
- Être moteur dans l'enseignement et la recherche sur le TPB, en s'appuyant sur l'expertise et les moyens du CHU.

À notre connaissance, malgré un nombre croissant de praticiens qui se forment et s'intéressent au TPB, et en dépit de la fréquence de ce trouble, et de son impact socioéconomique, le nombre de dispositifs publics spécialisés dans la prise en charge des borderlines en France est actuellement très réduit. Nous n'avons recensé que le CHU de Montpellier, qui a récemment ouvert un « Centre Ressource Borderline », et

en région parisienne, l'Hôpital Tenon qui dispose d'une unité spécialisée ainsi que l'Hôpital Corentin-Celton dont dépend un Hôpital de Jour spécialisé.

La création d'un « Centre Ressource Borderline » à Toulouse devrait fortement améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de ce trouble.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*. 6 nov 2012;184(16):1789-94.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 1 janv 2011;377(9759):74-84.
3. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harvard Review of Psychiatry*. oct 2016;24(5):357.
4. Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J. Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 1 févr 2012;14(1):79-85.
5. Clinical Practice Guideline - Borderline Personality Disorder | NHMRC [Internet]. Disponible sur : <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guideline-borderline-personality-disorder>.
6. Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*. 30 avr 2011;186(2):287-92.
7. Amanda Vandyk, Andrea Bentz, Sarah Bissonette and Caitlyn Cater. Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder - Vandyk - 2019 - *International Journal of Mental Health Nursing - Wiley Online Library* [Internet]. 2019 Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12580>
8. Ali S, Findlay C. A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder. 2016;9(1):7.
9. Gunderson JG, Links PS. *Handbook of Good Psychiatric Management for borderline personality disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2014.
10. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(2):343-52.

# ANNEXE

## Annexe 1 : Analyse des facteurs associés à une orientation non pertinente

	Analyses bivariées			Analyse multivariée		
	OR brut	IC95%	p	OR ajusté	IC95%	p
<b>Âge</b>			0,497			0,477
<25	Ref			Ref		
25-34	0,77	0,43 1,38		0,77	0,41 1,44	
35+	1,09	0,62 1,93		1,15	0,62 2,1	
<b>Sexe féminin</b>	1,47	0,84 2,56	0,173	1,68	0,92 3,05	0,09
<b>En couple (Ref = célibataire)</b>	1,44	0,87 2,36	0,153	1,62	0,95 2,76	0,075
<b>Personne ressource</b>	0,83	0,39 1,77	0,634			
<b>Travail</b>			0,36			
Pas de travail	Ref			Ref		
Perception d'un salaire	0,74	0,43 1,26				
Étudiant	0,63	0,28 1,4				
<b>Allocation</b>	1,27	0,75 2,15	0,365			
<b>Suivi psychiatrique actif</b>			0,007			0,02
Pas de suivi actif	Ref			Ref		
Suivi ambulatoire hospitalier	0,38	0,2 0,74		0,42	0,21 0,82	
Suivi ambulatoire libéral	0,57	0,33 1,00		0,56	0,31 1,01	
<b>Suivi paramédical actif</b>	0,53	0,27 1,04	0,057	0,46	0,23 0,95	0,036
<b>Antécédents de passage aux urgences psy</b>	1,29	0,8 2,08	0,302			
<b>Antécédents d'hospitalisation</b>	1,16	0,69 1,94	0,576			
<b>Thymorégulateur</b>	0,63	0,28 1,43	0,26			
<b>Antipsychotique 1ère génération</b>	0,48	0,1 2,34	0,333			
<b>Antipsychotique atypique</b>	1,1	0,6 2,04	0,748			
<b>Benzodiazépine</b>	0,74	0,45 1,22	0,238			
<b>Neuroleptique sédatif</b>	0,65	0,34 1,26	0,208			
<b>Anxiolytique</b>	0,94	0,31 2,88	0,91			
<b>Antidépresseur</b>	0,6	0,35 1,02	0,056			
<b>Rupture de traitement</b>	0,74	0,34 1,58	0,423			
<b>Bipolaire</b>	0,94	0,4 2,19	0,883			
<b>Dépression</b>	0,65	0,32 1,32	0,221			
<b>Tabac abus ou dépendance</b>	1,14	0,66 1,97	0,635			
<b>Autres toxiques abus ou dépendance</b>	1,03	0,63 1,68	0,904			
<b>Idées suicidaires</b>	1,19	0,72 1,98	0,498			
<b>Scarification</b>	0,76	0,32 1,82	0,539			
<b>Tentative de suicide (TS)</b>			0,857			
Pas de TS	Ref					
TS avec Pierce < 11	0,95	0,51 1,74				
TS avec Pierce > ou = 11	0,57	0,15 2,18				
TS avec Pierce manquant	1,03	0,53 1,98				
<b>Nuit ou weekend (Ref = jour et semaine)</b>	1,78	1,1 2,87	0,018	1,95	1,18 3,25	0,01
<b>Fermeture centres réactifs</b>	1,22	0,75 1,97	0,426	1,23	0,73 2,07	0,426
<b>Situation</b>			0,095			
Semaine hors vacances scolaires et fermeture centres réactifs	Ref					
Autres	1,56	0,92 2,65				
<b>Délai depuis admission</b>			0,429			
0 jour	Ref					
1 jour	1,42	0,73 2,77				
2 jours ou +	0,82	0,42 1,6				
<b>Refus de l'orientation initiale proposée</b>	2,1	1,04 4,26	0,039			
<b>Hospitalisation de crise</b>	1,11	0,65 1,89	0,715			
<b>Médecin des urgences (Ref = garde)</b>	0,55	0,33 0,9	0,019			
<b>Lieu d'orientation</b>			<10-4			
Aucun	Ref					
Ambulatoire soins courants	0,23	0,08 0,69				
Ambulatoire soins déjà connus	0,07	0,02 0,19				
Centre soins réactifs	0,01	0 0,05				
Hospitalisation publique	0,05	0,01 0,22				
Clinique privée	0,15	0,05 0,49				

---

## **ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE L'ORIENTATION DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE EN AVAL D'UN PASSAGE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES DU CHU DE TOULOUSE**

---

**RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :** À Toulouse en 2018, 15.6% des passages aux urgences psychiatriques concernaient des patients souffrants d'un trouble de la personnalité borderline (TPB). Il existe, sur le territoire toulousain, une offre de soins diversifiée qui devrait permettre de construire, lors d'un passage aux urgences d'un patient avec un TPB, un parcours de soin adapté. Néanmoins, en pratique quotidienne aux urgences, les praticiens sont parfois en difficulté pour proposer une orientation pertinente à ces patients. L'objectif principal de notre étude est de déterminer la prévalence des orientations non pertinentes. L'objectif secondaire est de décrire les variables associées aux orientations non pertinentes.

Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons fait appel à un panel de 8 juges qui ont évalué les dossiers et orientations des patients avec un TPB pendant une période de 6 mois. Pour l'objectif secondaire, nous avons recueilli les données via le dossier de soin informatisé du patient et nous les avons analysées.

Les résultats montrent que 36.2% des patients ont été orientés de manière non pertinente après leur passage aux urgences. Les facteurs qui influent significativement sur la pertinence de l'orientation sont : l'horaire de l'orientation, le médecin orienteur, les lieux d'orientation et l'existence ou non d'un suivi psychiatrique préalable.

Aux vues de ces résultats, il est important de repenser et de renforcer la prise en charge des patients avec un TPB en 3 niveaux : un suivi psychiatrique ambulatoire stable et pérenne, un lieu toujours disponible dans les moments de crise, et des outils de soins spécifiques adaptés au trouble. La création d'un « Centre Ressource Borderline » pourrait, à Toulouse, fortement améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de ce trouble.

---

**TITRE EN ANGLAIS:** Evaluation of the relevance of the orientation of patients suffering from a borderline personality disorder after an admission in the psychiatric emergency room of Toulouse university hospital

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** Trouble de la personnalité borderline, pertinence, orientation, urgences psychiatriques, crise, soins spécifiques, centre ressource

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**  
Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directrice de thèse :** Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL