

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1510

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

Mariasole ARTIOLI

Le 07 AVRIL 2022

**PATIENTS BORDERLINE HOSPITALISÉS AUX URGENCES
PSYCHIATRIQUES :
ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE ET PLACE DANS LE
PARCOURS DE SOIN**

Directrice de thèse : Dr Juliette SALLES

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Antoine YRONDI	Assesseur
Madame le Docteur Juliette SALLES	Assesseur
Madame le Docteur Emmanuelle BOUGON	Assesseur
Madame le Docteur Anjali MATHUR	Suppléant

ARTIOLI Mariasole

2022 TOU3 1510

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2021

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	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. ROQUES-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. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

Professeurs des Universités de Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeurs Associés Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. CHICOULAA Bruno
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCABLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. CORRE Jill	Hématologie, Transfusion
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
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		
		Professeur des Universités de Médecine générale	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction	M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique		
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie		
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie		
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire		

Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr PIPONNIER David
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr. BOUSSIER Nathalie
Dr LATROUS Leila

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 leur raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de votre disponibilité, accessibilité et écoute auprès des internes tout au long de notre internat. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, avec toute ma reconnaissance et mon respect.

A Madame le Docteur Emmanuelle BOUGON

Je te remercie d'avoir accepté de juger et co-diriger ce travail de thèse, de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas aux urgences psychiatriques et de m'avoir montré ta force d'esprit, ta finesse et ton empathie envers nos patients.

A Madame le Docteur Juliette SALLES

Je te remercie d'avoir accepté de co-diriger et de juger ce travail de thèse. Tu m'as permis d'appréhender et de me familiariser avec le trouble qui a par la suite donné lieu à ce travail. Je souhaite garder avec moi ta dévotion envers notre travail, tes mille intérêts et ta curiosité tout au long de ma carrière.

A Madame le Docteur Anjali MATHUR

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour vos conseils et connaissances du trouble qui ont été essentiels à la naissance de ce travail.

A mes maitres de stage

Aux Dr. Chatagner, Dr. Herrera et Dr. Dounet Fabre:

Vous m'avez prise sous votre aile lors de mes premiers pas dans le métier. Grâce à vous j'ai pu découvrir mon intérêt pour la pédopsychiatrie et pour le travail auprès des adolescents. Je vous remercie pour vos enseignements précieux. **A toute l'équipe de l'UMPA** : je n'oublierai jamais les mois passés à vos côtés et la belle région que vous m'avez permis de découvrir.

A l'équipe des urgences psychiatriques : Ce fut des mois intenses, mais pendant lesquelles j'ai beaucoup appris. Je vous remercie toutes et tous de votre bienveillance, de votre patience et de votre aide.

Au Dr. Olivier et Dr. Tibon ainsi que toute l'équipe de l'HAD psychiatrique de Montauban : j'ai découvert un exercice de la psychiatrie qui m'a énormément plu. Votre attention et disponibilité des patients ainsi que savoir-faire psychothérapeutique m'ont énormément appris.

Au Dr. Hélias, Dr. Icher, Dr. Bensoussan et Dr. Amadei : je vous remercie de m'avoir fait découvrir l'exercice en hôpital de jour et l'accueil de patients. Merci de m'avoir accueillie sur l'équipe de périnatalité auprès de qui j'ai beaucoup appris. **Ainsi que toute l'équipe café de la MGEN** : vous avez été ma famille loin de ma famille et je ne vous oublierai pas.

Au Dr. Tardy et l'équipe du CMP de Colomiers : je vous remercie de m'avoir fait redécouvrir la pédopsychiatrie et la richesse du travail en équipe, ainsi que de m'avoir soutenue, moi et mes angoisses, durant tout ce semestre.

A mes proches :

A mes parents : Je vous remercie de m'avoir toujours soutenue et, surtout, supportée tout le long de ces interminables études. Ce fut un incroyable, mais rude, voyage que je n'aurais jamais pu accomplir sans vous. Spero rendervi fieri come sono fiera di essere vostra figlia.

A mon compagnon de voyage : Ces études représentent pour nous, non seulement notre avenir professionnel, mais aussi notre avenir ensemble. Nous nous sommes soutenus l'un l'autre et avons affronté toutes les difficultés ensemble, jusqu'à ne plus pouvoir nous quitter. J'espère te rendre fier, aujourd'hui et pour les années à venir.

Un dernier remerciement : à tous les patients que j'ai pu rencontrer, qui se livrent à nous tous les jours, merci de votre confiance.

PLAN

I.	ABREVIATIONS.....	1
II.	ILLUSTRATIONS.....	2
III.	INTRODUCTION :.....	4
	A. DEFINITION ET DONNEES GENERALES.....	4
	1. <i>Définition</i>	4
	2. <i>Données générales</i>	4
	3. <i>Comorbidités</i>	4
	4. <i>Background théorique</i>	4
	5. <i>Traitement et prise en charge</i>	5
	B. TPB ET URGENCES.....	7
	1. <i>Définition de la “crise”</i>	7
	2. <i>Place des urgences</i>	7
	3. <i>Modèles de prise en charge aux urgences</i>	8
	4. <i>Problématiques rencontrées en pratique</i> :.....	8
	C. TPB, PARCOURS DE SOIN ET URGENCES.....	9
IV.	METHODE.....	10
	A. OBJECTIF PRINCIPAL DE L’ETUDE :.....	10
	B. OBJECTIFS SECONDAIRES :.....	10
	1. <i>Éléments sociodémographiques</i> :.....	10
	2. <i>Éléments relatifs aux antécédents du parcours de soins psychiatriques</i> :.....	11
	3. <i>Éléments relatifs au parcours de soins</i> :.....	11
	C. POPULATION :.....	11
	D. SITE DE L’ETUDE :.....	12
	E. ANALYSE STATISTIQUE.....	12
V.	RESULTATS :.....	13
	A. DESCRIPTION DE LA POPULATION :.....	13
	B. ANALYSE COMPARATIVE DE LA CONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC DE TPB.....	14
	1. <i>Facteurs associés au diagnostic de TPB</i>	14
	2. <i>Analyse de régression logistique multivariée</i>	16
	C. DONNEES THERAPEUTIQUES ET PARCOURS DE SOIN : DONNEES RELATIVES AU PASSAGE ETUDIE.....	17
	1. <i>Motif d’admission</i>	17
	2. <i>Traitement</i>	17
	3. <i>Parcours de soin</i>	18
VI.	DISCUSSION :.....	20
	A. DESCRIPTION GENERALE DE LA POPULATION.....	20
	1. <i>Parcours de soin</i>	20

2.	<i>Profil thérapeutique</i> :.....	21
3.	<i>Place du diagnostic et de l'hospitalisation</i>	22
B.	FORCES DE L'ETUDE	24
C.	LIMITES DE L'ETUDE	24
VII.	CONCLUSION :	25
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
X.	ANNEXE : ARTICLE "FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER DIAGNOSIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT"	31
XI.	RESUME	39
XII.	ABSTRACT	40

I. ABREVIATIONS

AJIR: Accueil de jour intersectoriel réactif

AMM: Autorisation de mise sur le marché

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10: Classification Internationale des maladies 10^e version

CMU: Couverture Maladie Universelle

CTB: Centre de Thérapie Brève

DBT: Dialectical Behavioral Therapy

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Version

GPM: Good Psychiatric Management

IDS: Idées suicidaires

IMV: Intoxication Médicamenteuse Volontaire

ISRS: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

MBT: Mentalization Based Therapy

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

TDAH: Trouble de l'attention et hyperactivité

TPB: Trouble de la personnalité borderline

TS: Tentative de suicide

UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UTOX: Unité toxicologique

II. ILLUSTRATIONS

Tableaux :

- Tableau 1 : Nombre de passages par patients sur la durée de l'étude
- Tableau 2 : Motifs d'admission principal et associé
- Tableau 3 : Régression logistique des facteurs associés au diagnostic de TPB
- Tableau 4 : Description des données relatives aux traitements actuels
- Tableau 5 : Données relatives aux passages à l'acte suicidaire dans les 12 mois pré-inclusion

Figures :

- Figure 1 : Représentation de l'échelle de sévérité relative au motif d'admission aux urgences
- Figure 2 : Analyse de régression logistique multivariée
- Figure 3 : Représentation de la répartition des données relatives au moyen d'adressage aux urgences
- Figure 4 : Représentation de la répartition des liens réalisés avec l'entourage
- Figure 5 : Représentation de la répartition de l'orientation des patients après prise en charge à la consultation des urgences psychiatriques

III. Introduction :

A. Définition et données générales

1. Définition

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) se caractérise, comme défini par le DSM-5 (1), par une instabilité émotionnelle qui se répercute sur la trajectoire personnelle, sociale et professionnelle ainsi que dans les relations interpersonnelles des patients qui en souffrent.

Les patients souffrant d'un TPB présentent un parcours de vie caractérisé par des ruptures et un attachement s'étant développé sur un modèle insécure qui semble faire le lit de cette pathologie.

2. Données générales

Ce trouble est fréquent, touchant 10% des patients en suivi ambulatoire et jusqu'à 25% des patients hospitalisés en psychiatrie (2).

Les patients souffrant d'un TPB ont un taux de mortalité par suicide de l'ordre de 8 à 10% (3) Celui-ci semble être d'autant plus important chez les patients n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge adaptée et efficace et ayant une difficulté d'adhésion aux soins (4).

3. Comorbidités

On retrouve chez les patients souffrant d'un TPB, les comorbidités suivantes : les troubles anxieux (21%), les troubles de l'humeur (29%), les troubles des conduites alimentaires (20%) ou encore les addictions (14%) touchant près de 78% des patients adultes à un moment donné de leur vie (5,6).

4. Background théorique

La théorie de l'attachement est une conceptualisation par laquelle John Bowlby explique la difficulté de représentation du soi et des autres se construisant autour des attentes sociales perçues et qui découleraient de la qualité des relations de l'enfant avec son "caregiver" (c'est à dire la figure primaire prenant soin de l'enfant). Ces représentations mentales dessinent les schémas cognitifs et sociaux autour des pensées et représentations du moi ainsi que des attentes dans la nature et la qualité des relations interpersonnelles déterminant le style d'attachement de l'individu (sécure vs. insécure). Un schéma d'attachement insécure est hypothétisé faire partie intégrante du développement du trouble de personnalité borderline à l'âge adulte. (7-9)

Bien que l'attachement se développe lors des relations primitives de l'individu, plusieurs études ont prouvé la possibilité de modification du schéma d'attachement au cours de la vie, en particulier après un événement de vie majeur ou une modification

capitale dans les relations de l'individu, démontrant ainsi l'impact de l'environnement sur le maintien de ces représentations à l'âge adulte (10). C'est dans ce sens que se développent plusieurs psychothérapies spécifiques du TPB (11).

5. Traitement et prise en charge

L'OMS recommande un traitement principalement par psychothérapie, avec en première place la Thérapie Dialectique et Comportementale (ou Dialectal Behavioral Therapy, DBT), la Thérapie Basée sur la Mentalisation, la Thérapie des Schémas et la Thérapie Centrée sur le Transfert (12,13).

La DBT est une psychothérapie créée en 1990 par Marsha Linehan. Elle est basée sur l'idée que le trouble puisse s'apaiser avec un travail sur la régulation des émotions et avec une démarche de résolution de problèmes. On verrait alors émerger une atténuation du fonctionnement « tout ou rien » des patients avec TPB reposant sur une validation empathique de la part du psychothérapeute (14,15)

La MBT (Mentalization Based Therapy) s'appuie quant à elle sur la théorie de l'attachement de Bowlby (16,17), développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman (18). Ces auteurs définissent la mentalisation comme le *processus par lequel nous interprétons les états mentaux qui sous-tendent les actions d'autrui*. Leur postulat est le suivant : en augmentant la capacité de mentalisation chez les patients souffrant d'un TPB, nous pouvons atteindre une meilleure régulation émotionnelle, et donc diminuer les velléités d'auto-agressivité ainsi que renforcer les relations interpersonnelles. (16)

Ces psychothérapies spécifiques sont parfois difficiles à mettre en place c'est pourquoi le Good Psychiatric Management élaboré par Gunderson (19) a également fait ses preuves (20) et peut donc être utilisé par tout intervenant autour des patients avec TPB. Cette approche consiste principalement à adopter une place de soignant "suffisamment bon", en créant un environnement sécurisant et cadrant avec une attitude de réponse active et non punitive.

Pour s'inscrire dans une démarche de cohérence de parcours, la recherche d'information et d'éducation des acteurs formant l'entourage de ces patients est également essentielle (21).

Le but de ces différentes prises en charge est donc de permettre au patient de regagner en estime de soi avec le sentiment d'être compris, et de pouvoir ainsi internaliser de nouvelles compétences de gestion émotionnelle efficaces et non destructives.

De plus, Gunderson met en avant l'importance de limiter au maximum le nombre d'hospitalisations, et lorsque nécessaires, d'en limiter la durée. Dans le Good Psychiatric Management (19), il développe la fonction de portage ("holding") qui est réalisée par l'hospitalisation, permettant ainsi une amélioration drastique de la sécurité interne du patient ainsi que de ses comportements auto lésionnels. Bien qu'effective en apparence, cette pratique ne semble pas exercer de fonction thérapeutique positive, c'est à dire qu'on n'utilise l'hospitalisation que comme lieu préventif d'actions dictées par

l'insécurité : les relations interpersonnelles qui sont bien souvent source des comportements symptomatiques de l'insécurité interne ne sont alors pas travaillés. Bien sûr, la diminution des symptômes dépressifs et comportements suicidaires sont bénéfiques pour les patients souffrant d'un TPB. Cependant, l'hospitalisation peut parfois prendre le rôle de "life-savior" dans les représentations du patient souffrant d'un TPB, ce qui est à risque de créer une réelle addiction à l'hôpital. Par ailleurs, l'hôpital peut également prendre la fonction de refuge, afin de s'isoler des éléments déclencheurs ou source de stress pour le patient souffrant d'un TPB, et ainsi fuir les confrontations et responsabilités auxquelles le patient devrait faire face.

Les éléments pouvant rendre une hospitalisation bénéfique dans le cadre du TPB seraient l'exercice de ces fonctions de portage et de refuge tout en minimisant activement les potentielles conséquences négatives de ces fonctions.

Sur le plan pharmacologique, il est à noter qu'aucun médicament n'a à ce jour une AMM spécifique pour le TPB (22). Certains médicaments ont cependant fait leurs preuves dans la réduction de symptômes spécifiques ou comorbides comme l'anxiété, la dépression, l'impulsivité et l'agressivité.

Les options thérapeutiques communément envisagées concernent les ISRS en cas de dépression comorbide et les antipsychotiques à visée anxiolytique voire sédatrice en si besoin.

De plus, il peut être bénéfique de cibler la prise en charge de certaines comorbidités comme le trouble de stress post-traumatique ou le trouble lié à l'usage de produits en amont (23), afin de pouvoir préparer correctement le patient à une prise en charge psychothérapeutique efficace.

Bien qu'aucun traitement n'ait l'AMM pour ce trouble, les données de la littérature montrent que 29 à 67 % de ces patients sont traités par un traitement psychotrope (24). Les données de suivi à 6 ans ont montré que 50% des patients étaient traités par au moins deux psychotropes, et au moins trois pour 36% des patients (24). De plus, le nombre de médicaments administrés évolue de façon inversement proportionnelle à l'amélioration clinique.

Ces patients sont donc exposés à des effets secondaires non négligeables avec par exemple une augmentation du risque cardio vasculaire, de diabète, ou de dyskinésies, malgré une balance bénéfice/risque inconstante.

Les psychotropes restent néanmoins une option thérapeutique envisageable, toujours complémentaire au travail psychothérapeutique qu'il faut savoir aborder et travailler avec le patient.

Concernant l'évolution du trouble, les études prospectives retrouvent une rémission symptomatique chez 35 % des patients à deux ans et 93 % des patients à dix ans (25–

27). Cependant, celle-ci ne s'accompagne pas toujours de l'amélioration du fonctionnement social et professionnel.

B. TPB et urgences

1. Définition de la "crise"

Le parcours des patients avec TPB va être à plusieurs reprises caractérisé par des périodes marquées par des accès émotionnels intenses pouvant durer de quelques heures à quelques jours (28,29). Nous nous référons souvent à ces dernières à travers le terme de "crise".

Les facteurs les plus communément associés à une situation dite de crise sont les suivants :

- un événement précipitant clair à l'origine d'une angoisse aiguë et d'une souffrance émotionnelle,
- une réduction aiguë de la motivation et des compétences de résolution de problèmes,
- une augmentation des comportements relatifs à la demande d'aide (28,29).

Ces moments s'accompagnent le plus souvent de menaces, velléités ou passages à l'acte auto ou hétéroagressifs (30).

C'est dans ce contexte que l'intervention des urgences est le plus souvent nécessaire dans le cadre du TPB.

2. Place des urgences

Plusieurs études envisagent actuellement le TPB, et ses complications aiguës, comme un problème majeur de politique de soins dans le cadre des urgences.

La prévalence de ce trouble atteint des proportions très importantes autant aux urgences générales qu'aux urgences psychiatriques où la population des patients avec TPB compte pour 9% des passages (4,31,32).

De plus, les patients avec TPB interpellent 5 à 12 fois plus fréquemment les urgences par rapport à la population générale (33).

Au-delà de la fréquence des passages, la potentielle gravité clinique liée au TPB est également à souligner. Il existe une majoration du risque suicidaire liée à la construction insécure de ces patients avec en particulier l'impulsivité, les antécédents de passage à l'acte suicidaires, le manque d'entourage sécurisant et de facteur protecteurs ainsi que la désinhibition en cas de consommation concomitante d'alcool ou autres toxiques (34,35).

Les passages aux urgences demeurent un pilier de la prise en charge du TPB : ils peuvent en effet constituer une porte d'entrée dans les soins, être l'occasion de remettre en place des soins ou de coordonner un parcours de soin pré existant. Ainsi les passages aux

urgences jouent un rôle de « filet de sécurité » (36,37) et sont des moments clefs pour l'adhésion aux soins dans le parcours des patients souffrants d'un TPB.

3. Modèles de prise en charge aux urgences

Constat est fait que le parcours de soins des patients souffrant d'un TPB est bien souvent erratique. L'amélioration de celui-ci semble nécessiter un modèle de prise en charge très structuré et spécifique, sécurisant le patient et lui redonnant confiance (38).

Plusieurs pistes sont étudiées pour déterminer une méthode "suffisamment bonne" pour permettre une prise en charge aux urgences satisfaisante des patients avec TPB. En pratique, de multiples problématiques viennent entraver ces directives.

Les résultats de ces recherches ont transformé l'approche thérapeutique du TPB dans ce contexte et ont permis de développer des guides structurés de décision clinique.

Essentiellement, ces données indiquent que :

- le traitement aigu est l'étape cruciale de la prise en charge du patient avec TPB,
- les processus de décision et les modalités d'accueil et de traitement en urgence ont une importance considérable pour le devenir de ces sujets

Par ailleurs, Besch et al. 2020 (34) proposent l'utilisation d'un modèle de formulation de cas dans le cadre des urgences. Cette notion, empruntée aux cliniciens comportementalistes, repose sur l'idée que nous ne traitons pas un diagnostic mais un patient, et demande à ouvrir la réflexion autour du cas clinique donné en s'appuyant sur les données de la littérature ainsi que sur les différentes hypothèses théoriques que nous pouvons en faire. Les auteurs ajoutent à cela l'importance d'une meilleure coordination avec les dispositifs de soins externes.

Les recommandations de bonne prise en charge des patients avec TPB aux urgences ajoutent aux éléments suscités la nécessité d'un plan de soin précis (23,39-41).

4. Problématiques rencontrées en pratique :

Suivre les recommandations de bonne pratique implique la mobilisation d'un temps médical conséquent (42) : interpellé et mobiliser l'entourage, établir un plan précis avec le patient pour une sécurisation au domicile en cas de sortie...

Ces éléments vont donc avoir une influence sur la durée du passage aux urgences, ainsi que sur le nombre d'hospitalisation (43,44) pouvant alors agrémente une situation d'engorgement des urgences ou des lits d'hospitalisation d'aval liées à une pénurie de personnel médical et de financement publique.

Il est important de garder à l'esprit que les périodes de crises conduisant les patients souffrant d'un TPB à consulter aux urgences réactivent un trouble de l'attachement

sous-jacent. Cela peut se traduire par une agressivité de la part du patient envers l'équipe soignante qui est symptomatique de l'insécurité interne.

A cela participent également un cadre des urgences non maîtrisé par le patient et peu apaisant, la rencontre de soignants non connus ou mal connus, une temporalité longue consécutive aux protocoles de soins qui sont souvent peu appréciables par le patient en état de crise.

Le vécu recueilli des patients comprend un sentiment de honte, de stigmatisation et de dévalorisation par les soignants, bien qu'ils puissent préciser que ces éléments ne les aient pas empêchés de consulter à nouveau si nécessaire. (40,45) Cette notion est cruciale, au vu des données de Mc Girr et al ayant montré un plus haut taux de suicidalité accomplie chez les patients avec un TPB consultant moins régulièrement aux urgences ou bénéficiant de moins de soins hospitaliers. (46). Le but étant donc de ne pas dissuader les patients d'interpeller et d'utiliser les structures d'urgence.

En effet, les urgences occupent une place clef dans le parcours de soin, car elles représentent le plus souvent la voie d'entrée dans les soins, reflétant l'instabilité caractéristique du trouble. De plus, les données de littérature récente montrent que des thérapies moins intenses et plus accessibles pourraient être aussi efficaces que les thérapies classiquement décrites (MBT, thérapie des schémas ...). Gunderson modélise cette prise en charge dans le GPM, à l'instar de la médicalisation du trouble et soulignant l'importance de la psychoéducation et de la réadaptation sociale. Cela caractérise les recommandations de prise en charge du TPB (19), mais ne fait sens qu'après l'information du patient de son diagnostic, cette annonce faisant ainsi partie intégrante de ce modèle et constituant la première étape de la prise en charge.

C. TPB, parcours de soin et urgences.

Comme décrit dans les parties précédentes, le service des urgences psychiatriques est un lieu qui accueille fréquemment des patients souffrant d'un TPB. Il occupe une place d'intérêt car il accueille une large population de patient avec des parcours et des profils hétérogènes qui semblent s'approcher aux mieux de la diversité de cette population (patient entrant dans le parcours de soin, patient avec des comorbidités psychiatriques, patients avec des comorbidités addictologiques...).

Les patients souffrant d'un TPB bénéficient majoritairement d'une proposition de prise en charge ambulatoire. Pascual et al. rapportent notamment un taux d'hospitalisation de 11,5% (44). Dans le service des urgences psychiatrique du CHU de Toulouse il est possible de proposer des hospitalisations de courtes durées de 24 à 72h le temps d'évaluer si une prise en charge ambulatoire spécifique est possible ou s'il faut envisager un temps d'hospitalisation plus long dans une structure dédiée. Ce temps d'hospitalisation permet également le recueil d'éléments fiables sur les caractéristiques socio démographiques des patients, leur parcours de soin et de valider ou poser le diagnostic de TPB après un temps d'observation clinique.

En effet, parmi les patients accueillis aux urgences sur ces temps d'hospitalisation, une part d'entre eux n'est pas informée du diagnostic de TBP, or l'information sur le diagnostic fait partie des recommandations du GPM pour ce trouble. Dans ce contexte nous avons souhaité étudier les facteurs associés au fait d'être informé du diagnostic de TPB. Nous faisons l'hypothèse que les patients n'ayant jamais eue de suivi psychiatrique ou ceux présentant des comorbidités psychiatriques et addictologiques seraient moins susceptibles d'être informés du diagnostic.

IV. Méthode

Notre travail expérimental réalisé de façon unicentrique auprès du Centre Hospitalier Universitaire Purpan de Toulouse est une étude rétrospective, épidémiologique et descriptive.

Pour ce faire, nous avons utilisé des données collectées rétrospectivement via le dossier médical informatisé du patient, au vu des informations recueillies 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.

A. Objectif principal de l'étude :

L'objectif principal de notre étude est de comparer les caractéristiques socio démographiques et cliniques des patients en fonction de la connaissance ou non du diagnostic de TPB.

Notre critère de jugement principal est le fait d'avoir la connaissance du diagnostic de TPB, il est recueilli auprès du patient lors de l'entretien psychiatrique.

B. Objectifs secondaires :

Décrire la population.

1. Éléments sociodémographiques :

Nous avons recueillis les éléments suivants : âge, sexe situation familiale (célibataire, en couple, séparé/divorcé), la situation professionnelle (sans emploi, étudiant, perception d'un salaire ou revenu), le niveau éducatif, la présence ou pas d'un médecin traitant, et la situation sociale actuelle du patient (mesure de protection en cours, perception d'allocations).

2. Éléments relatifs aux antécédents du parcours de soins psychiatriques :

Nous avons collecté les critères suivants :

la présence d'un suivi psychiatrique actuel ou passé, le traitement psychotrope actuel (thymorégulateurs, antipsychotiques de 1^{ère} génération, antipsychotiques atypiques, benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs, autres anxiolytiques, antidépresseurs), les comorbidités addictives (tabac, alcool, dérivés du cannabis, cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes et troubles des conduites alimentaires), les intoxications aiguës ou chroniques, les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents personnels de psychotraumas et d'hospitalisation psychiatrique, le nombre de passages aux urgences psychiatriques dans les 12 mois précédant le passage à l'étude et les gestes suicidaires dans les 12 mois précédant le passage actuel.

3. Éléments relatifs au parcours de soins :

Nous avons notifié les critères suivants : si un proche a été contacté ou rencontré, si l'acteur de soin principal ou usuel a été contacté ou rencontré, la modalité de soins (libres, sous contrainte à la demande d'un tiers ou du représentant de l'état).

L'adressage du patient a été recueilli (venue spontanée, appel des secours/SAMU, VigiLans, CMP, médecin généraliste) ainsi que son orientation à la sortie de l'hospitalisation aux urgences psychiatriques.

C. Population :

Nous avons procédé à une inclusion du 1er janvier 2020 au 31 juillet 2021. Nos critères d'inclusion étaient les suivants : les patients hospitalisés sur l'UHCD fermée de psychiatrie adulte, tout sexe confondu, âgés de 15 ans ou plus sans limite supérieure d'âge, ayant eu le diagnostic CIM-10 F60.3 primaire ou secondaire sur le logiciel d'exploitation Orbis®.

De par la nature de notre étude et notre souhait de décrire au plus près la population de patients avec TPB hospitalisée en psychiatrie, nous avons fait le choix de ne pas définir de critères d'exclusion pour ce travail.

Lors de la répétition des passages du même patient pendant la période ciblée, nous n'avons tenu compte que de la première visite. Nous avons recensé tout de même le nombre de visites de tous les patients sur les 12 derniers mois.

D. Site de l'étude :

Notre étude a été réalisée dans l'agglomération toulousaine, comptant une population d'un million d'habitants (2018) en accroissement constant. Cette population dynamique amène également une potentielle demande évolutive par les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique.

L'offre de soins pour adultes se partage entre les infrastructures publiques représentées par le Centre Hospitalo-Universitaire de Purpan accueillant le seul service d'urgences psychiatriques du département et le Centre Hospitalier Spécialisé Gérard Marchant et de nombreuses infrastructures privées.

Les soins ambulatoires sont composés par les centres médico-psychologique des huit secteurs toulousains, ainsi que par des dispositifs réactifs intersectoriels tel que le Centre de Thérapie Brève et l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif, divers hôpitaux de jour publics et privés des équipes mobiles (EMIC) et les psychiatres libéraux. D'autres structures de soins plus spécifiques viennent compléter cet horizon, tel que les structures de soins addictologiques, en périnatalité, s'organisant autour de patients migrants...

Le site des urgences de la ville de Toulouse se partage entre plusieurs infrastructures. Aux urgences somatiques représentées par l'accueil médico-traumatologique, s'ajoutent les urgences psychiatriques qui se partagent entre plusieurs espaces : la consultation et une unité d'accueil fermée composée de 5 chambres et 4 chambres d'isolement. L'accueil des patients après intoxication médicamenteuse volontaire ou consommation de toxiques se fait sur une unité spécifique nommée UTOX.

Il existe un système de garde actif la nuit et le weekend afin d'assurer la continuité des soins.

E. Analyse statistique

Les données descriptives sont décrites en utilisant les moyennes et les écarts types pour les données continues et les pourcentages pour les données discontinues. Les analyses comparatives sont faites avec le test de Mann Withney ou test t de student en fonction de la normalité des données définie par le test de Shapiro–Wilk. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0,005$. Une analyse de régression logistique multimodale a ensuite été réalisée avec comme variable dépendante le fait d'avoir connaissance du diagnostic de TPB et comme variables indépendantes les variables ayant montrées une différence significative sur les analyses comparatives et les variables confondantes d'intérêt. Le seuil de significativité du modèle est fixé à $p < 0,005$.

V. Résultats :

A. Description de la population :

Entre Janvier 2020 et Juillet 2021, 277 admissions ont été réalisées aux urgences psychiatriques avec le codage de diagnostic principal ou associé. Ces admissions ont été effectuées par 212 patients au total. Cependant, 12 patients ont été exclus du fait d'un codage diagnostic erroné à la relecture du dossier (agitation, trouble du comportement, confusion, rétention aiguë d'urine).

La moyenne du nombre d'admission par patient est de 1,38 (arrondi à 10^{-2}) avec un écart type de 1,09.

Les passages multiples (2 ou plus) sont réalisés par 16.5% (N=33) des patients.

Nb de séjours pour un patient	Nombre de patients	Nombre total de séjours
1	167	167
2	15	30
3	7	21
4	3	12
5	4	20
6	2	12
7	1	7
8	1	8
Total	200	277
Moyenne		1,385
Écart type		1,09

Tableau 1 : Nombre de passages par patients sur la durée de l'étude

En regard du motif d'admission, 43% des patients ont été admis pour idées suicidaires, 37% des patients ont été admis pour tentative de suicide. 80% des admissions sont donc liées à un motif de crise suicidaire. Par ailleurs, 5,5% des patients ont été admis pour intoxication à l'alcool ou autre stupéfiant, 8% pour motif non psychiatrique (plaintes somatiques variées), 5% pour angoisse et 1.5% pour dépression.

De plus, 26.5% des patients ont été admis avec un diagnostic associé. Les diagnostics majoritairement associés sont les idées suicidaires et l'intoxication à l'alcool ou autres stupéfiants. Dans 12.5% des cas, le motif d'admission associé "idées suicidaires" était associé au motif d'admission principal de "tentative de suicide".

Les patients hospitalisés dans le cadre de troubles somatiques sont ceux ayant été transférés après prise en charge dans une unité somatique ou ayant des comorbidités somatiques importantes, en partie liées à leur affection psychiatrique.

Motif d'admission principal	N	Pourcentage	Motif d'admission associé	Pourcentage
TS	74	37%	0	0
IDS	86	43%	25	47,2%
Dépression	3	1,5%	6	11,3%
Intox OH/ drogue	11	5,5%	13	24,5%
Autre (somatique)	16	8%	3	5,7%
Angoisse	10	5%	6	11,3%
Total	200		53	26,5%

Tableau 2 : Motifs d'admission principal et associé

B. Analyse comparative de la connaissance du diagnostic de TPB

64% des patients inclus ont connaissance du diagnostic de trouble de la personnalité borderline. 36% des patients n'ont donc pas été informés du diagnostic les concernant.

1. Facteurs associés au diagnostic de TPB

Nous avons réalisé une analyse des données afin de déterminer les facteurs liés à la connaissance du diagnostic de TPB à l'aide d'une régression logistique.

Les patients ayant connaissance de leur diagnostic sont caractérisés par les facteurs suivants : sont professionnellement actifs (55% vs. 35% dans le groupe ne connaissant pas son diagnostic ($p=0,01$)), ont un suivi psychiatrique déjà en place (77% vs. 55% dans le groupe n'ayant pas connaissance du diagnostic ($p<0,001$)), ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (85% vs. 44% dans le groupe n'ayant pas connaissance du diagnostic ($p<0,001$)), ont un antécédent de tentative de suicide (80% chez les patients ayant connaissance de leur diagnostic vs. 52% ($p<0,001$)) et enfin, ont un nombre supérieur d'hospitalisations aux urgences psychiatriques dans les 12 derniers mois (OR=1.25, 95% CI= [1.02-1.5])

Au contraire, les patients n'ayant pas connaissance de leur diagnostic ont plus souvent connaissance d'un diagnostic de trouble de l'humeur unipolaire (26% chez les patients ayant connaissance du diagnostic vs. 41% ($p<0,001$))

Les détails de l'étude comparative sont présentés dans le tableau 3.

Characteristics n (%) or mean (SD)	Diagnostic connu (n (%)) n= 128	Diagnostic non connu (n (%)) n=74	p value
Age (années)			
15-25	70 (55)	48 (65)	0.6
26-35	35 (27)	13 (18)	
36-45	10 (8)	4 (5)	
46-55	9 (7)	7 (9)	
56-65	3 (2)	1 (1)	
Over 65	1 (0.7)	1 (1)	
Niveau éducatif			
< Lycée	33 (25)	19 (25)	0.5
Lycée	23 (18)	12 (16)	
Etudes supérieures	72 (56)	43 (58)	
Genre	92 (70)	51 (68)	0.6
Statut professionnel			
Emploi	71 (55)	26 (35)	0.01
Sans emploi	24 (19)	21 (28)	
Etudiant	33 (26)	27 (36)	
Statut personnel			
Célibataire	87 (68)	47 (63)	0.3
En couple	36 (28)	22 (30)	
Divorcé	5 (4)	4 (5)	
Veuf/ veuve	0 (0)	1 (1)	
Suivi par un médecin généraliste	108 (84)	58 (78)	0.2
Suivi psychiatrique	99	38	<0.001
Comorbidités psychiatriques	70 (55)	41(55)	0.5
Trouble de l'humeur	34 (26)	31 (41)	<0.001

Trouble bipolaire	15 (12)	7 (9)	0.5
Episode dépressif	21 (16)	10 (14)	0.2
TDAH	4 (3)	3 (4)	0.9
Schizophrénie	7 (5)	2 (3)	0.4
ESPT	3 (2)	3 (4)	0.5
Comorbidité addictive	25 (19)	14 (18)	0.9
Alcool	11 (9)	8 (11)	0.6
Tabac	16 (13)	10 (13)	0.4
Cannabis	15 (12)	8 (11)	0.7
Autre(s)	17 (13)	7 (9)	0.6
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	109 (85)	33 (44)	<0.001
Antécédent de passage à l'acte suicidaire	101 (80)	39 (52)	<0.001
Antécédent psychiatrique familial	120 (94)	70 (93)	0.8
Nombre d'admission aux urgences psychiatrique dans les 12 mois	0.97 (1.5)	2.7 (2.8)	<0.001

Tableau 3 : Régression logistique des facteurs liés au diagnostic de TPB

2. Analyse de régression logistique multivariée

Nous avons mis en évidence trois facteurs associés à la connaissance du diagnostic de TPB : avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (OR=6.1, 95% CI=[2.3-17]), avoir un antécédent de trouble de l'humeur (OR=0.4, 95% CI=[0.1-0.9]) et le nombre d'admissions dans les 12 derniers mois (OR=1.25, 95% CI=[1.02-1.5]).

Les facteurs avoir un suivi en psychiatrie, avoir un antécédent de tentative de suicide ou le statut professionnel n'étaient pas significativement associés à la connaissance du diagnostic de TPB dans cette analyse.

Les résultats de l'analyse par régression logistique multivariée sont présentés dans la figure 2.

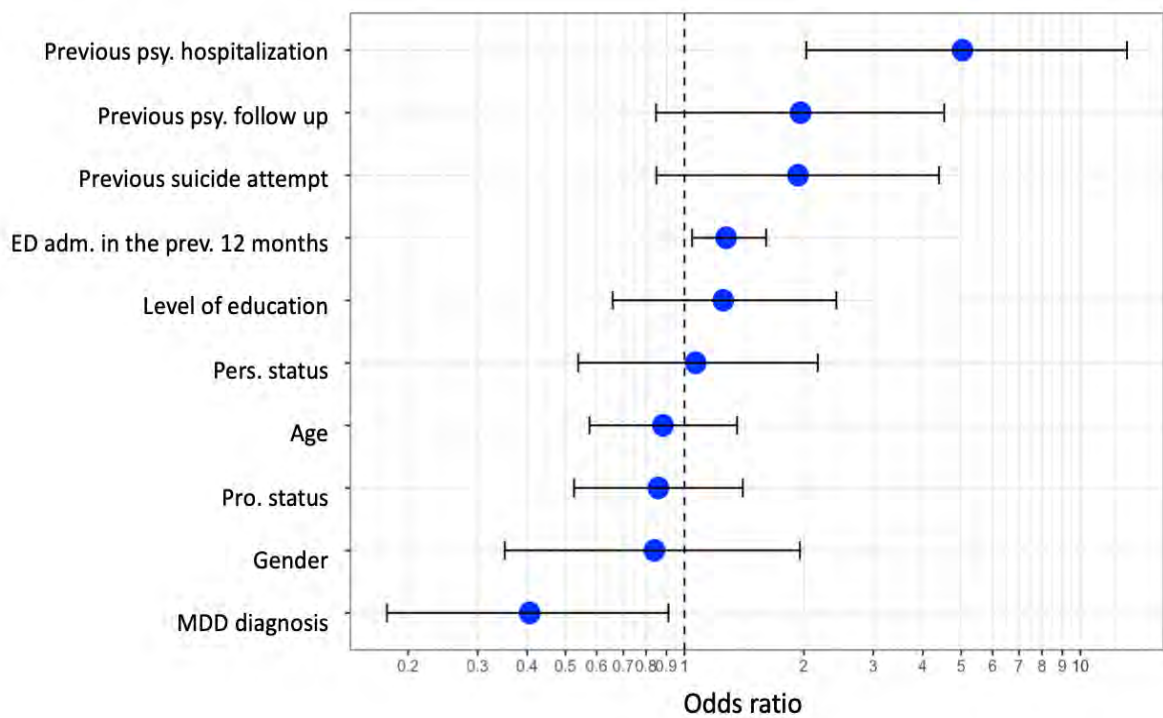


Figure 2 : Analyse de régression logistique multivariée

C. Données thérapeutiques et parcours de soin : données relatives au passage étudié

1. Motif d'admission

Comme dit plus haut, le motif principal de consultation aux urgences sont les idées suicidaires dans 55,5% des cas et un passage à l'acte suicidaire dans 36,5% des cas.

Du fait de la période particulière pendant laquelle l'inclusion de patients à été réalisée, nous avons recueilli l'implication de la pandémie à la COVID 19 dans les facteurs de crise ayant motivé la venue des patients aux urgences psychiatriques.

Pour 17% des patients inclus la crise COVID était citée comme facteur de crise motivant leur passage aux urgences.

2. Traitement

Contrairement aux éléments recueillis dans les recommandations de bonnes pratiques quant au TPB, seuls 22,5% n'ont pas de traitement médicamenteux prescrit. Les traitements les plus souvent retrouvés sont les antipsychotiques (33,8% toute classe confondue), les anxiolytiques (29,9% tout type confondu) et enfin les antidépresseurs (26,8% toute classe confondue)

Traitement	N	%
Patients n'ayant pas de Traitement	45	22,5%
Patient ayant un traitement	44	22%
Patient ayant > 1 traitement	111	55,5%
Total	200	100
	N (Traitement actuel)	%
Antipsychotique de première génération	49	13,7%
Antipsychotique de deuxième génération	72	20,1%
Anxiolytique type anti H1	16	4,5%
Antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradrénaline.	90	25,1%
Benzodiazépines	91	25,4%
Thymorégulateur	34	9,5%
Antidépresseur d'autre(s) classe(s)	6	1,7%
Total	358	

Tableau 4 : Description des données relatives aux traitements actuels

3. Parcours de soin

Afin de préciser davantage le parcours de soin dans lequel s'inscrivent les patients consultant aux urgences, nous avons étudié l'adressage et les liens réalisés avec l'entourage et le réseau de soin habituel du patient.

Dans 55% des cas, les patients sont dirigés aux urgences après un appel du SAMU. Seulement dans 23% des cas les patients sont venus aux urgences spontanément par leurs propres moyens.

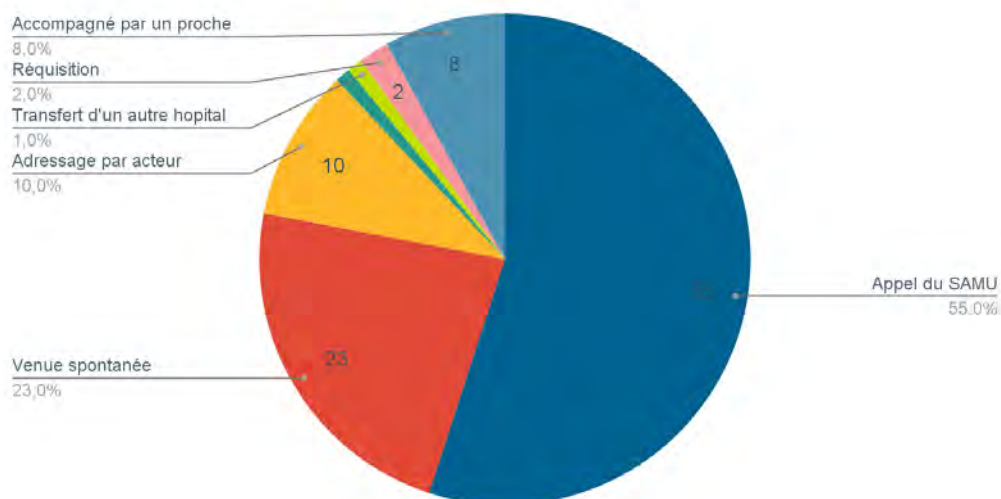


Figure 3 : Répartition des données relatives au moyen d'adressage aux urgences

Lors de la prise en charge des patients, en lien téléphonique ou par courrier avec l'acteur principal de soins (médecin traitant, psychiatre traitant, CMP...) dans 54% des cas (N=108). Le logiciel employé pour saisir les données du premier entretien aux urgences psychiatriques permet de générer un courrier adressable directement aux acteurs de soins habituels par messagerie sécurisée medimail, ou le cas échéant pouvant être imprimée et envoyée par voie postale afin de faciliter la réalisation des liens même la nuit et le weekend.

En ce qui concerne l'entourage du patient, un lien a été réalisé dans 63,5% des cas (N=127): un lien téléphonique dans 35,5% des cas, un lien physique dans 15% des cas et des liens à la fois téléphoniques et physiques dans 13% des cas.

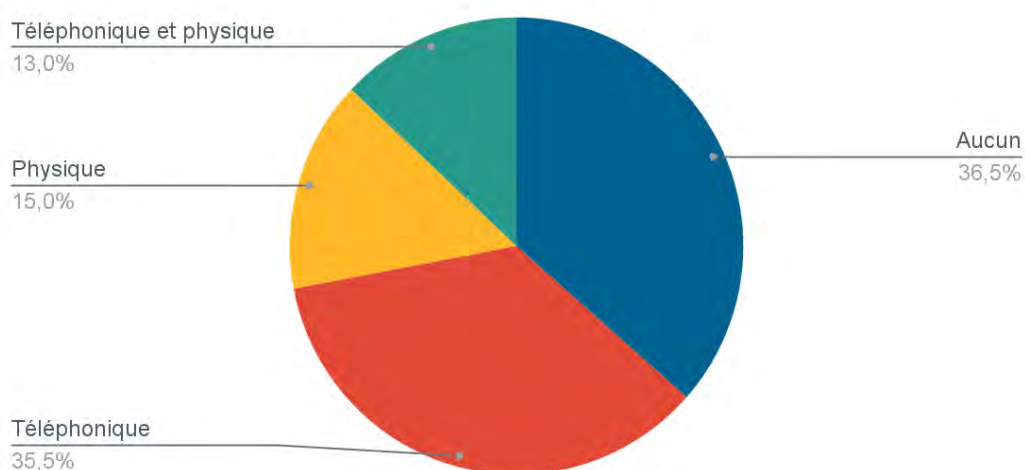


Figure 4 : Répartition des liens réalisés avec l'entourage

Pour 89,5% des patients, la modalité de soins était libre. La proposition de soins à la sortie des urgences se découpe de la façon suivante:

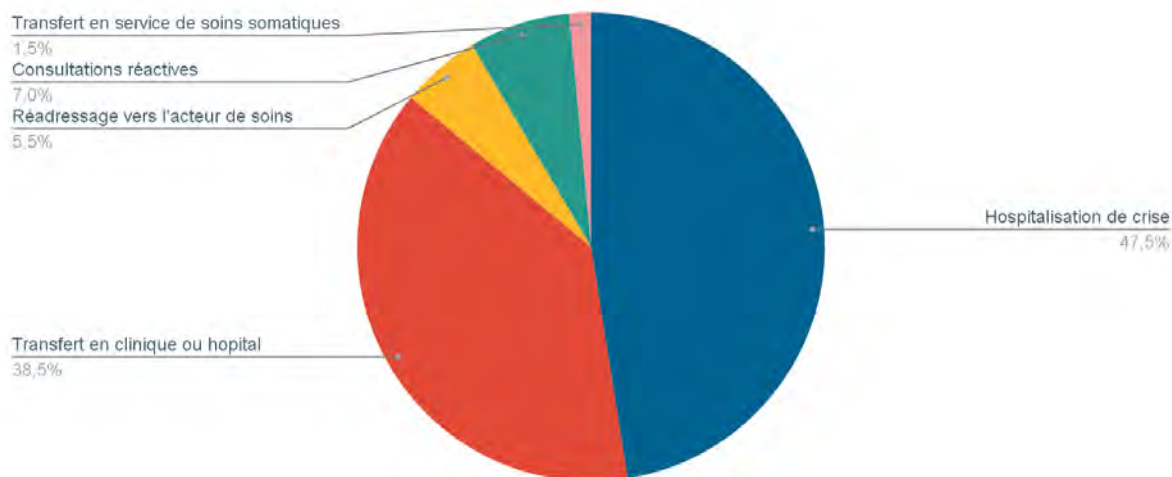


Figure 5: Représentation de la répartition de l'orientation des patients après prise en charge à la consultation des urgences psychiatriques

VI. Discussion :

A. Description générale de la population

1. Parcours de soin

En examinant le parcours du patient, nous pouvons remarquer que très peu de patients sont adressés par leur acteur de soins principal, si bien que près de deux tiers sont, soit amenés par le SAMU soit, se sont présentés par leur propres moyens. De ce fait, il serait possible de questionner l'exactitude de l'usage qui est fait des services d'urgence. Cependant, au vu de la sévérité de la demande des patients aux urgences, la grande majorité des motifs de consultation constituait une réelle nécessité d'intervention des urgences psychiatriques auprès de ces patients.

De manière globale, il apparaît nécessaire que des liens avec l'entourage du patient, qu'il s'agisse de ses proches ou des acteurs habituels du soin, soient réalisés. Ainsi, pour la moitié des patients, des liens avaient été réalisés avec les acteurs du soin et l'entourage de deux tiers d'entre eux avait été contacté. Il serait néanmoins souhaitable, à fin d'optimiser les prises en charge que pour la totalité des patients ces actions soient menées.

Ce manque dans les liens réalisés pourrait avoir plusieurs explications. L'absence de mise en œuvre de lien de manière systématique peut s'expliquer de plusieurs façons. D'une part, lorsque les patients sont vus sur des plages horaires de garde et de weekend (47). D'autre part, lors des périodes de majoration des flux de patient qui impose un rythme de consultation accéléré, à personnel constant, empêchant parfois un travail de crise optimal.

Néanmoins, comme le soulignent les recommandations de bonne pratique (36) développées plus haut, nous nous confrontons là à une pierre angulaire de la prise en charge des patients souffrant d'un TPB.

La sévérité de la pathologie et la nature du motif d'admission peut soutenir les données de l'orientation des patients à la sortie d'hospitalisation aux urgences psychiatriques, pour qui en grande partie une hospitalisation complète est nécessaire. Actuellement, l'offre de soin ambulatoire de secteur, insuffisamment dotée, ne permet souvent pas aux équipes la mise en œuvre d'une intensification des soins que requière les périodes de crise. Les structures de consultation de crise, dans notre étude, ne sont que peu sollicitées, les patients inclus ne répondant souvent pas aux critères d'admission dans structures. Un tel suivi nécessite en effet une sécurisation importante du patient lors d'un retour au domicile avec une mobilisation de l'entourage satisfaisante. Celle-ci touche plus facilement des patients pour qui la demande de soins est de sévérité moins importante afin de permettre les actions suscitées. Une hospitalisation de crise brève peut permettre cet apaisement et donc engendrer plus volontiers l'orientation vers ce type de structure ambulatoire restant très adaptées à l'accueil des patients souffrant d'un TPB. De plus, contrairement aux unités d'hospitalisation complète assurant la continuité de soins nécessaires, ces unités ferment leurs admissions à certains moments de l'année ce qui diminue davantage le nombre d'admissions totaux directement à la sortie des urgences

2. Profil thérapeutique :

Malgré les recommandations de prise en charge des patients souffrant d'un TPB, moins de la moitié des patients étudiés ont ou ont reçu une prise en charge par psychothérapie, alors que seulement un quart ne reçoit pas de traitement psychotrope.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : la psychothérapie est plus efficace, certes, mais également bien plus onéreuse du point de vue du patient, au vu de la non prise en charge de cet acte de soin par la couverture sociale, à l'inverse de la prise médicamenteuse. Peut-on également supposer une diminution de l'engagement du patient, qui semble bien plus important lors d'une prise en charge psychothérapeutique que par la simple prescription de traitement psychotrope ? Ou, au contraire, le patient se sent-il mieux pris en charge lorsque son suivi s'accompagne d'une prescription de médicaments ?

L'adhésion globale aux soins, et plus particulièrement aux soins psychothérapeutiques pourrait être favorisée lorsque le diagnostic est évalué, annoncé et expliqué au patient, ainsi que les propositions de soins et leurs objectifs exacts.

3. Place du diagnostic et de l'hospitalisation

La connaissance du diagnostic est une étape cruciale dans le parcours de soins du patient souffrant d'un TPB. La connaissance de son diagnostic et de son trouble est peut-être une première étape psychothérapeutique vers la rémission des symptômes, mais elle facilite aussi une alliance thérapeutique avec les soignants et une adhésion aux soins qui seront proposés.

Dans notre étude, nous nous sommes attachées à rechercher les facteurs associés à une absence de connaissance par le patient de son diagnostic de TPB parmi les patients hospitalisés dans l'unité de courte durée des urgences psychiatriques.

Nous avons mis en exergue une non information concernant le diagnostic de TPB chez 36% des patients hospitalisés.

Au sein de notre cohorte, les patients avec TPB étaient majoritairement admis dans le cadre de crise suicidaire (80% des patients dont 43% d'admissions pour idées suicidaires et 37% pour tentative de suicide), tel que déjà décrit dans la littérature (38, 39).

De même, une majorité de patients présentaient des comorbidités psychiatriques et/ou addictologiques, respectivement 55% et 20%. Ces données se rapprochent de ce qui a déjà pu être décrit dans la littérature (1, 2).

Par ailleurs, le modèle de régression logistique a mis en évidence que les patients ayant connaissance de leur diagnostic avaient 6 fois plus de chances d'avoir déjà été hospitalisés en psychiatrie par le passé. Ce résultat est interpellant, au vu des éléments du GPM mettant en garde contre la surhospitalisation et sa potentielle nocivité des patients souffrant d'un TPB tel qu'abordé plus haut.

Plusieurs hypothèses émergent en regard de ce résultat.

Tout d'abord, la gravité de la symptomatologie exprimée (crise suicidaire) est une indication à part entière d'hospitalisation en urgence en psychiatrie, quel que soit la comorbidité psychiatrique sous-jacente.

Puis, l'hospitalisation semble un lieu plus adapté pour l'élaboration diagnostique car réunit plusieurs critères. Les soignants vont pouvoir avoir plus de temps pour l'observation de la symptomatologie du patient, dans un lieu sécurisant, en rupture avec l'environnement. C'est aussi l'occasion de pouvoir rechercher, analyser et éliminer les diagnostics différentiels du trouble. En effet, le contexte de consultation ne permet parfois pas au praticien un temps d'observation suffisant pour réaliser une évaluation diagnostique satisfaisante. Cette hypothèse est renforcée par le fait que nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre la connaissance du diagnostic et un suivi psychiatrique ambulatoire en place. Par ailleurs, les recommandations de bonne

pratique préconisent un cadre adapté à l'annonce diagnostique incluant un temps d'explications, de psychoéducation et la possibilité de répondre aux questionnements du patient dans un second temps. Cela n'est pas toujours proposable dans le cadre de consultations ambulatoires.

De plus, nous avons émis l'hypothèse que l'hospitalisation représente un lieu plus soutenant et contenant, non seulement pour le patient, mais également pour l'équipe médicale prenant en charge le patient, redonnant ainsi plus de confiance dans l'élaboration et surtout dans l'annonce du diagnostic au patient. En effet, il a été rapporté que le psychiatre se sentiraient moins à l'aise dans l'annonce d'un diagnostic de TPB au vu de l'instabilité et l'impulsivité présentées par le patient en comparaison avec tout autre type d'annonce de diagnostic psychiatrique (49). Cependant, l'annonce du diagnostic a été décrite utile et rassurante chez les patients souffrant d'un TPB et leur entourage (2).

De surcroît, nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre le nombre d'admissions aux urgences psychiatriques et la connaissance du diagnostic de TPB. Cela pourrait être le reflet d'un retard dans l'établissement du diagnostic.

D'autre part, les patients avec un diagnostic comorbide de trouble de l'humeur unipolaire avaient plus de chance d'avoir connaissance de leur diagnostic de TPB. Cependant, des études passées ont mis en évidence une difficulté à l'établissement du diagnostic de TPB car celui-ci peut être confondu avec d'autres diagnostics, spécifiquement le trouble bipolaire de l'humeur en regard de la labilité émotionnelle pouvant également être retrouvés chez les patients souffrant d'un TPB (50).

Pour cela, il nous a semblé pertinent d'interroger la place d'une hospitalisation de crise en UHCD. Les objectifs de celle-ci seraient alors de réduire l'errance diagnostique des patients, proposer un lieu sécurisant autant pour le patient que pour les soignants avec observation et explorations permettant l'élimination des potentiels diagnostics différentiels du trouble. Quelques éléments clés du trouble, de ses manifestations et de sa prise en charge pourraient alors être abordés afin de permettre le développement d'une alliance thérapeutique et d'une adhésion plus importante aux soins proposés à son issue. Cette courte hospitalisation aux urgences pourrait permettre d'éviter une hospitalisation d'aval en hôpital ou clinique psychiatrique. En plus du bilan diagnostic, cette hospitalisation courte aux urgences pourrait permettre de débiter une psychoéducation, pouvant d'elle-même réduire les symptômes du TPB, mettre en place un plan de protection avec le patient afin de prévenir l'escalade d'une crise suicidaire future et d'articuler la prise en charge avec des dispositifs de crise tel que décrit dans la stepped care approach (51), dans le but d'accompagner le patient dans chaque étape de son parcours de soin.

Il est important d'éviter la chronicisation du trouble et la progression du handicap. Néanmoins, les données recueillies pourraient également mettre en exergue une potentielle sous-évaluation du handicap parmi cette patientèle. Une évaluation concernant l'autonomie et le niveau d'handicap sera nécessaire lors de l'insertion dans les parcours de soins psychiatriques des patients qui le nécessitent. Cela pourrait tout à fait s'intégrer dans l'évaluation diagnostique globale lors d'une courte hospitalisation programmée à cet effet telle qu'évoquée précédemment.

B. Forces de l'étude

Du fait de la pauvreté des données de la littérature autour de la description des patients souffrant d'un TPB, plus particulièrement aux urgences, il nous a semblé essentiel de pouvoir réunir ces données et dessiner un portrait plus précis de ces patients constituant une grande partie de l'activité des urgences psychiatriques.

Les urgences psychiatriques semblent s'inscrire légitimement dans le parcours de soins de patients avec TPB, ce qui met à l'appui l'importance de la mise en valeur des caractéristiques de cette population de patients.

Nous avons pu dégager des éléments essentiels concernant le parcours de soin des patients avec TPB et ce diagnostic. Les patients ayant connaissance de ce diagnostic semblent être les plus graves, et ce sont plus souvent hospitalisés aux urgences psychiatriques, ce sont également des patients ayant déjà reçu des soins psychiatriques dans le passé. Nous avons ainsi pu faire émerger ce lien étroit entre hospitalisation et diagnostic, permettant ainsi de réaliser des suggestions autour de la prise en charge spécifique de patients nécessitant une évaluation diagnostique dans un milieu protégé et protecteur, tel que celui de l'hospitalisation. Cet élément peut également favoriser l'adhésion aux soins de façon globale et ainsi améliorer la qualité et l'espérance de vie à long terme pour ces patients.

C. Limites de l'étude

Nous avons fait le choix d'une étude rétrospective avec étude des dossiers de patients ayant reçu le codage de F60.3 pour le diagnostic de TPB sur le pôle des urgences. Ce choix est discutable sur plusieurs points.

Nous nous sommes en effet penchées sur la possibilité de réaliser cette étude de façon prospective en incluant les patients suite au passage d'un questionnaire spécifique autour du diagnostic de TPB. Il nous a cependant semblé peu éthique et peu adapté dans le contexte de crise dans lequel les patients sont reçus aux urgences psychiatriques. En effet, celui-ci pourrait venir renforcer le sentiment de détresse du patient sans pour autant avoir une action thérapeutique bénéfique.

Ayant recueilli des données du dossier médical du patient de façon rétrospective, nous nous exposons donc à certaines données qui persistent manquantes, pouvant donc introduire un biais dans le classement des résultats.

Nous avons également choisi d'inclure les patients incidents souffrant d'un TPB hospitalisés aux urgences et ne pas multiplier les inclusions lors d'hospitalisations répétées des patients déjà inclus. Notre objectif était en effet de mettre en exergue les éléments statistiquement liés à la connaissance de ce diagnostic et caractériser cette population de patients hospitalisés aux urgences psychiatriques. Cependant et de ce fait, les patients consultant les pôles des urgences générales et étant directement transférés dans l'unité toxicologique ou la réanimation dans un contexte d'intoxication médicamenteuse volontaire grave n'ont pas été inclus dans notre étude. Le nombre de patients inclus est donc limité.

Bien que notre étude ait été unicentrique, les urgences psychiatriques du CHU de Purpan accueillent la majorité des patients de la Haute Garonne ce qui nous permet donc d'inclure un grand nombre de patient du territoire et donc assurer une certaine représentativité de la population.

Pour finir, notre période de recrutement comprenait trois temps de confinement en lien avec la crise sanitaire COVID 19. Cela a pu amener à une réduction du nombre de patients consultant aux urgences, voire une sélection. Nos résultats semblent cependant aller de pair avec les données de la littérature, ce qui nous laisse supposer que l'offre de soin et l'accès aux soins lorsque nécessaire et justifié n'a pas été dégradé au cours de ces périodes pour la population de patients étudiés.

VII. Conclusion :

Le principal facteur prédictif d'être à connaissance du diagnostic de TPB est d'avoir été hospitalisé en psychiatrie par le passé, soulignant donc l'absence d'annonce diagnostique dans les soins ambulatoires chez cette population de patients.

Les comorbidités psychiatriques et addictives ainsi que le nombre très élevé de passage nous laissent penser à une sous population plus grave de patients avec TPB étant hospitalisés aux urgences psychiatriques.

Les motifs principaux de consultation des patients souffrant d'un TPB aux urgences psychiatriques sont les idéations et passages à l'acte suicidaire. La sévérité de ces motifs d'admission semble adaptée au contexte de l'urgence.

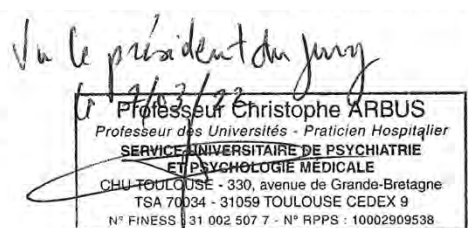
Ces passages aux urgences sont réalisés par une population de patients jeunes, majoritairement femmes, célibataires, autonomes et socialement intégrées.

Les comorbidités les plus fréquentes concernent les conduites addictives avec en premier lieu le tabac, l'alcool et le cannabis, et les troubles de l'humeur, avec in primis la dépression.

Il s'agit de patients ayant pour la plupart déjà réalisé une tentative de suicide ainsi qu'ayant déjà été hospitalisés en psychiatrie. La majorité des patients est suivie par un médecin généraliste ainsi qu'un médecin psychiatre, et reçoit déjà un traitement psychotrope.

Bien qu'attendu, le taux de mortalité à 10 ans du TPB reste conséquent. Il apparait donc que la prise en charge de ces patients soit un véritable enjeu de santé publique. Dans ce contexte, il semblerait opportun de réfléchir à l'hospitalisation de courte durée aux urgences psychiatriques telle que lieu adapté à l'évaluation diagnostique, il y serait donc possible d'éliminer les diagnostics différentiels, réaliser l'annonce diagnostique dans un cadre sécurisant et élaborer avec le patient un plan de soins efficace auquel il pourra ainsi mieux adhérer.

Cette spécificité pourrait être exploitée dans une approche de stepped-care dans le parcours de soins, tel que précédemment modélisé pour les patients souffrant d'un TPB (51, 52) tout en évitant une hospitalisation de longue durée.



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Paraguel

10.03.2022

E. SERRANO

IX. Références bibliographiques

1. Skodol A, Bender D, Morey L, Clark L, Oldham J, Alarcón R, et al. Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. *J Personal Disord.* 1 avr 2011;25:136-69.
2. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder. *N Engl J Med.* 26 mai 2011;364(21):2037-42.
3. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet.* 1 janv 2011;377(9759):74-84.
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. 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.* 23 sept 2014;28(5):734-50.
6. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* avr 2008;69(4):533-45.
7. Bowlby J. *A secure base: parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books; 1988. p.205.
8. Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Personal Disord.* oct 2007;21(5):500-17.
9. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):959-86.
10. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev.* juin 2000;71(3):684-9.
11. Blatt SJ, Auerbach JS, Levy KN. Mental Representations in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Rev Gen Psychol.* 1 déc 1997;1(4):351-74.
12. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*
13. Cristea I, Gentili C, Coteș CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 1 mars 2017;74.
14. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* Guilford Publications; 2018. p.578
15. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol.* juin 2012;51(2):121-41.

16. Sable P. Attachment, ethology and adult psychotherapy: Attachment & Human Development: Vol 6, No 1
17. Buchheim A, Kh B, H K. [Introduction to attachment theory and its significance for psychotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1 mars 1998;48(3-4):128-38.
18. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. avr 2006;62(4):411-30.
19. Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol*. 1 juin 2018;21:127-31.
20. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Med Kaunas Lith*. 28 mai 2019;55(6).
21. 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*. 1 déc 2009;166(12):1365-74.
22. Koehne K, Sands N. Borderline personality disorder—An overview for emergency clinicians. *Australas Emerg Nurs J*. 1 nov 2008;11(4):173-7.
23. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009
24. Ducasse D, Van Gordon W, Brand-Arpon V, Courtet P, Olié E. Borderline personality disorder: from understanding ontological addiction to psychotherapeutic revolution. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 déc 2020;270(8):941-5.
25. 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*. 1 nov 2004;161(11):2108-14.
26. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*. 1 juin 2010;167(6):663-7.
27. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. 1 juill 2015;60(7):303-8.
28. Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality. *Psychiatry Edgmont*. sept 2004;1(2):19-27.
29. Sansone RA. Chronic Suicidality and Borderline Personality. *J Personal Disord*. 1 juin 2004;18(3):215-25.
30. Collins A, Barnicot K, Sen P. A Systematic Review and Meta-Analysis of Personality Disorder Prevalence and Patient Outcomes in Emergency Departments. *J Personal Disord*. 11 oct 2018;34(3):324-47.

31. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. oct 2016;24(5):357-66.
32. Brismontier A. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patients récurrents aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017
33. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *Inf Psychiatr*. 2006;Volume 82(7):565 –70.
34. Besch V, Debbané M, Greiner C, Magnin C, De Nérès M, Ambrosetti J, et al. Emergency psychiatric management of borderline personality disorder: Towards an articulation of modalities for personalized integrative care. *L'Encéphale*. 1 déc 2020;46(6):463 70.
35. Vandyk A, Van Den Kerkhof E, Graham I, Harrison M. Profiling Frequent Presenters to the Emergency Department for Mental Health Complaints: Socio-Demographic, Clinical, and Service Use Characteristics. *Arch Psychiatr Nurs*. 1 sept 2014;28.
36. Newton C, Bale C. A qualitative analysis of perceptions of self-harm in members of the general public. *J Public Ment Health*. 1 janv 2012;11(3):106-16.
37. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:13 21.
38. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry*. 2017
39. 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 Res*. 30 avr 2011;186(2):287-92.
40. Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *J Ment Health*. 4 juill 2019;28(4):443-57.
41. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 1 mars 2019;47(1):5-26.
42. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *Am J Psychiatry*. 1 févr 2001;158(2):295-302.
43. Maclean JC, Xu H, French MT, Ettner SL. Mental Health and High-Cost Health Care Utilization: New Evidence from Axis II Disorders. *Health Serv Res*. 2014;49(2):683-704.
44. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatr Serv*. 1 sept 2007;58(9):1199 204.

45. Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, Tan de Bibiana J, Hwang SW, Stergiopoulos V. « Hospital was the Only Option »: Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Adm Policy Ment Health*. mai 2017;44(3):405-12.
46. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression. *J Clin Psychiatry*. 1 juin 2007;68:721-9.
47. Cases C, Lafont Rapnouil S, Gallini A, Arbus C, Salles J. Evidence of practice gaps in emergency psychiatric care for borderline personality disorder: how can this be explained? *BMC Psychiatry*. 29 sept 2020;20(1):476.
48. Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 6 nov 2018;13(11):e0206472.
49. 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.
50. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, et al. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. sept 2010;71(9):1212-7.
51. Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2013;64(10):1035-7.
52. Laporte L, Paris J, Bergevin T, Fraser R, Cardin J-F. Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. août 2018;12(3):252-64.

X. ANNEXE : Article “Factors associated with knowledge of borderline personality disorder diagnosis in the emergency department”

Background

Borderline personality disorder (BPD) represents a severe psychiatric condition characterized in the DSM 5 by an impairing and pervasive dysregulation of affects, self-image, interpersonal relationships, and behavior (1). Recently, this disorder has moved from being an untreatable disorder to a disorder with multiple evidence-based psychotherapies (2)(3). In addition, recent research showed that less intensive, easier-to-learn therapies could be nearly as effective. For example, the good psychiatric management (GPM) is a generalized model developed by Gunderson that medicalizes the disorder, emphasizes psychoeducation, and focuses on social adaptation. This approach is recommended as the primary intervention in BPD (4) and within it, the information about the diagnosis and psychoeducation are essential. However, a lack of detection for BPD's diagnosis is commonly described. A survey carried out in a psychiatric population noted that 57 percent of psychiatrists failed to disclose BPD and 37 did not document it (5). Nevertheless, establishing the diagnosis is a critical challenge in BPD's treatment. Indeed, it allows to establish therapeutic follow up, to adapt expectations, to distinguish symptoms from voluntary behaviors, to anticipate emergencies and crises, to reduce idealization and devaluation and to avoid negative reactions.

A stronghold for BPD's care is the emergency department (ED) (6,7). Indeed, patients suffering from BPD are an important cohort of its inpatients as they account for 9% of total attendances (8). The ED is both a key link in the continuity of care for those with BPD and where crisis management can be performed (9). Even though the guidelines about admitted patients recommend avoiding hospitalization, a stepped care brief intervention including short hospitalization could be considered useful in the ED in order to elaborate safety and care planning and to connect with relatives (10). This short duration of hospitalization could also allow establishing BPD's diagnosis for some patients who were not aware of their condition. In fact, the diagnosis can be difficult to establish as patients with BPD frequently consult a physician for other issues (somatic complaints, depressive symptoms, substance use...) (4) and thus could be confused with other diagnoses (11).

In order to improve the comprehension of the mechanisms relative to the lack of BPD's diagnosis information, we aimed to explore which socio demographic and clinical factors were associated with the lack of BPD's diagnosis knowledge in the cohort of patients shortly hospitalized in the ED.

Method

Population

We performed a retrospective study in the ED of the French academic hospital of Toulouse during the period between January, 1st 2020 and July, 31th 2021. Our inclusion criteria were as follows: patients hospitalized in the short-term hospitalization unit of the adult psychiatric emergency department, all sexes combined, aged 15 or more without upper age limit, with the CIM -10 F60.3 primary or secondary diagnosis reported on our database (Orbis ® operating software).

Data

The collected data from the medical file were:

- Socio demographic data: age, gender, level of education, professional status, personal status
- Clinical data: reason for admission in the ED, psychiatric diagnosis associated with BPD diagnosis, addiction diagnosis associated with BPD diagnosis, current general physician follow up, current psychiatric follow up, past history of suicide, number of admissions in the ED in the last 12 months
- For all patients hospitalized in the short-term hospitalization unit, knowledge about psychiatric diagnosis was collected. If the patient indicated awareness about BPD, the patient was affected to the group of known diagnosis, otherwise he was affected to the unknown diagnosis group.

Ethics

The use of the data was approved by the Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL), according to the French legislation MR-004.

Statistical analysis

The continuous and categorical variables are described using the mean (+/- standard deviation) and/or median (+/- interquartile range), according to their distributions, and numbers and percentages, respectively. Associations between patients' categorical characteristics and diagnosis knowledge were tested using the chi-squared or Fischer exact tests (when the expected values were less than five). A multivariable logistic regression model was used to assess the link between the sociodemographic and clinical characteristics and diagnosis knowledge or lack thereof. The variables found to be significantly associated with the $p < 0.05$ bivariate analyses were included in the initial regression model, along with the potential confounding factors of diagnosis information. We then performed a backwards step-by-step manual selection to produce our final model, controlling for confounding variables at each step. The statistical analyses were performed using the Version 1.3.1093 © 2009-2020 of RStudio. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

General description of the population

Two hundred and twelve patients were included in the analysis. In this cohort, forty-three percent of patients were admitted in the ED for suicidal ideation, 37% for suicide attempt, 5.5% of patients were admitted for alcohol or other narcotic intoxication, 8% for non-psychiatric reasons (various somatic complaints), 5% for anxiety and 1.5% for depressive symptoms.

Comparative analysis according to the BPD diagnosis knowledge

One hundred and twenty-eight patients (63%) were aware of their BPD diagnosis. Among the patients aware of the diagnosis, we found that they were more likely to be employed (55% in the known diagnosis group versus 35% in the unknown diagnosis group, $p = 0.01$), to have a psychiatric follow up (77% in the known diagnosis group versus 55% in the unknown diagnosis group, $p < 0.001$), to have already been hospitalized in psychiatry (85% in the known diagnosis group versus 44% in the unknown diagnosis group, $p < 0.001$), to have a past history of suicide attempt (80% in the known diagnosis group versus 52% in the unknown diagnosis group, $p < 0.001$) and to have a higher number of ED admissions in the previous 12 months (0.97 admissions in average in the known diagnosis group versus 2.7 admissions in average in the unknown diagnosis group, $p < 0.001$). Conversely, patients unaware of the diagnosis were more

likely to have a diagnosis of MDD (26% in the known diagnosis group versus 41% in the unknown diagnosis group, $p < 0.001$). The details of the comparison are presented in table 1.

Multivariable logistic regression

We identified three factors associated with the knowledge of BPD diagnosis: having a past history of hospitalization in psychiatry (OR=6.1, 95% CI= [2.3-17]), having a MDD diagnosis (OR=0.4, 95% CI= [0.1-0.9]) and the number of previous admissions in the ED in the last 12 months (OR=1.25, 95% CI=[1.02-1.5]). Having a psychiatric follow up, having a past history of suicide or professional status were not found to be significantly associated with diagnosis knowledge in this analysis.

The results of the regression analysis were represented in figure 1.

Discussion

BPD diagnosis knowledge is an essential step in patients with BPD's care. Our study aimed at investigating the factors associated with the lack of patient diagnosis information in a population of patients suffering from BPD hospitalized in the psychiatric ward of the ED.

We found that 37% of the patients were unaware of their BPD diagnosis. In our cohort, patients with BPD were mainly admitted in the ED for suicidal crisis motives, as pertaining to the existing literature (12,13). Moreover, a large number of patients presented comorbidities: 55% of patients presented a psychiatric comorbidity and about 20% an addiction comorbidity, as it is also commonly described in the literature (14,15).

The final regression model found that patients aware of their BPD diagnosis were 6 times more likely to have been previously hospitalized in psychiatry. This result is catching as guidelines recommend to avoid hospitalization for these patients. We hypothesized that hospitalization permitted the diagnosis establishment through better clinical observation. De facto, we did not find that having a psychiatric follow up was associated with information about BPD diagnosis. We could also hypothesize that psychiatrists might be more confident in delivering the diagnosis during inpatient care. Indeed, it has been reported that psychiatrists feel more discomfort in informing about BPD diagnosis compared to other psychiatric diagnoses (5). However, patients and their relatives were described to have found the disclosure of diagnosis useful and relieving (16) and questionnaires exist to improve diagnosis detection (17,18).

In addition, we found that the number of ED admissions is associated with the knowledge of diagnosis which could highlight a delay in the actual diagnosis or that the diagnosis is only established for the patients presenting with the most severe BPD symptoms.

Moreover, patients with a diagnosis of MDD were less likely to know about the BPD diagnosis. Previous studies underlined that BPD diagnosis could be difficult to establish and could be confused with other diagnosis, specifically mood disorders, as bipolar disorder's prevailing mood swings are also observed in patients with BPD (19).

In conclusion, we found that the main factor associated with the knowledge of BPD diagnosis is having a previous admission in a psychiatric ward, therefore suggesting a lack of disclosure in outpatient care. This observation pinpoints the possible use of the ED as a place for BPD diagnosis detection, as a short-term hospitalization could be suggested in this department. This type of care could be useful as it allows clinical evaluation and a secure environment for diagnosis announcement. This specificity could be exploited in a stepped care approach as it was previously modeled for BPD (20–22) while avoiding longer hospitalization.

Availability of data and materials

The datasets used during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Abbreviations

BPD: Borderline Personality Disorder

CIM: Classification internationale des maladies

ED: Emergency Department

MDD: Major Depressive Disorder

OR: Odds ratio

Acknowledgments

We thank the team of the psychiatrist emergency department of the Toulouse University Hospital.

Funding

This research did not receive any specific funding from agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Contributions

JS and MA wrote the article. EB, MA and JS designed the study. Ma collected the data. JS performed the statistical analysis.

Ethics approval and consent to participate

This study was performed in line with the principles of the Declaration of Helsinki. The study was approved by the Regional Ethics Committee in Uppsala (Ref. no. 2014/252). Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Consent for publication

Patients signed informed consent regarding publishing their data.

Competing interests

All authors declare they have no conflicts of interest.

References

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. 5th Revised edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 1 p.
2. Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993. 558 p.
3. 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.
4. Gunderson JG, Links PS. Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2014. 180 p.
5. 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.

6. Lewis KL, Fanaian M, Kotze B, Grenyer BFS. Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *BJPsych Open*. janv 2019;5(1):e1.
7. Collins A, Barnicot K, Sen P. A Systematic Review and Meta-Analysis of Personality Disorder Prevalence and Patient Outcomes in Emergency Departments. *J Personal Disord*. juin 2020;34(3):324-47.
8. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv Wash DC*. sept 2007;58(9):1199-204.
9. Hong V. Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Harv Rev Psychiatry*. oct 2016;24(5):357-66.
10. Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PloS One*. 2018;13(11):e0206472.
11. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. avr 2010;44(6):405-8.
12. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry*. 2017;8:136.
13. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 13 juin 2012;(6):CD009353.
14. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am*. 1 déc 2018;41(4):583-93.
15. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 15 juin 2002;51(12):936-50.
16. Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med*. 26 mai 2011;364(21):2037-42.
17. Zimmerman M, Balling C. Screening for Borderline Personality Disorder With the McLean Screening Instrument: A Review and Critique of the Literature. *J Personal Disord*. avr 2021;35(2):288-98.
18. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Personal Disord*. déc 2003;17(6):568-73.
19. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, et al. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. sept 2010;71(9):1212-7.

20. Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2013;64(10):1035-7.

21. Laporte L, Paris J, Bergevin T, Fraser R, Cardin J-F. Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. août 2018;12(3):252-64.

22. Huxley E, Lewis KL, Coates AD, Borg WM, Miller CE, Townsend ML, et al. Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. *BMC Psychiatry*. 06 2019;19(1):341.

Table 1: Comparison between socio demographic and clinical characteristic according the knowledge of the BPD diagnosis Pers. Status: personal status; Gen. practionner: general practionner; Psy follow up: psychiatric follow up; comorb. Psy: comorbidities of psychiatric disorders; comorb. Addiction: comorbidities of addiction; Prev hosp. Psychiatry: previous hospitalization in psychiatry; Past hist. Psy. in family: past history of psychiatric disorder in the family; Numb of ED consult. in the prev. 12 months: number of emergency department consultations in the previous 12 months.

Characteristics n (%) or mean (SD)	Known Diagnosis (n (%)) n= 128 (63)	Unknown Diagnosis (n (%)) n=74 (37)	p value
Age (years)			
15-25	70 (55)	48 (65)	0.6
26-35	35 (27)	13 (18)	
36-45	10 (8)	4 (5)	
46-55	9 (7)	7 (9)	
56-65	3 (2)	1 (1)	
Over 65	1 (0.7)	1 (1)	
Level of education			
Less than high school	33 (25)	19 (25)	0.5
High school	23 (18)	12 (16)	
More than high school	72 (56)	43 (58)	
Gender	92 (70)	51 (68)	0.6
Pro. status			

Employed	71 (55)	26 (35)	0.01
Unemployed	24 (19)	21 (28)	
Student	33 (26)	27 (36)	
Pers. Status			
Single	87 (68)	47 (63)	0.3
Attached	36 (28)	22 (30)	
Divorced	5 (4)	4 (5)	
Widow/ Widower	0 (0)	1 (1)	
Gen. Practitioner (yes)	108 (84)	58 (78)	0.2
Psy. Follow up	99	38	<0.001
Comorb. Psychiatry	70 (55)	41(55)	0.5
MDD	34 (26)	31 (41)	<0.001
BD	15 (12)	7 (9)	0.5
ED	21 (16)	10 (14)	0.2
ADHD	4 (3)	3 (4)	0.9
SCZ	7 (5)	2 (3)	0.4
PTSD	3 (2)	3 (4)	0.5
Comorb. Addiction	25 (19)	14 (18)	0.9
Alcohol	11 (9)	8 (11)	0.6
Tabac	16 (13)	10 (13)	0.4
Cannabis	15 (12)	8 (11)	0.7
Others	17 (13)	7 (9)	0.6
Prev hosp. Psychiatry	109 (85)	33 (44)	<0.001
Past hist. suicide attempt	101 (80)	39 (52)	<0.001
Past hist. Psy. in family	120 (94)	70 (93)	0.8
Numb of ED consult. in the prev. 12 months	0.97 (1.5)	2.7 (2.8)	<0.001

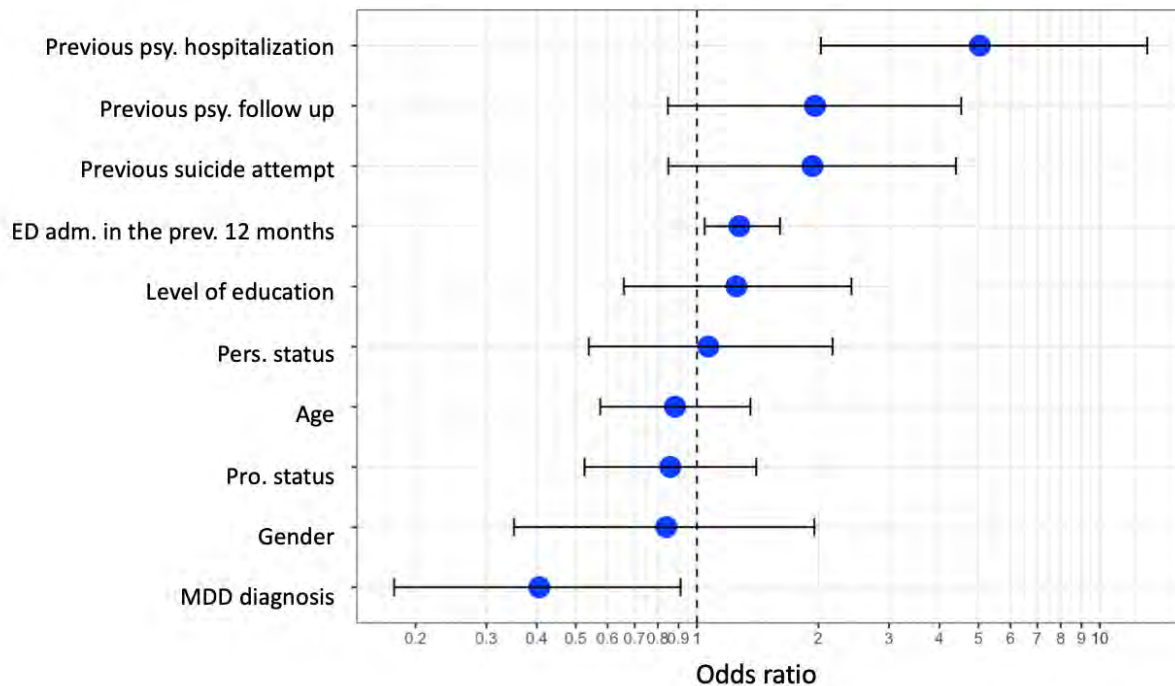


Figure 1: Multimodal regression analysis. Previous psy. Hospitalization: Previous psychiatric hospitalization; Previous psy follow up: previous psychiatric follow up; ED adm. In the previous 12 months: ED admission in the previous 12 months; Pro. Status: Professional status; MDD diagnosis: Major Depressive Disorder diagnosis

PATIENTS BORDERLINE HOSPITALISÉS AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES : ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN

Objectif :

Étudier la place de l'hospitalisation aux urgences psychiatriques chez des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline au CHU de Toulouse.

Contexte :

Des approches moins intenses et plus simples à appréhender dans le trouble de personnalité borderline telles que le Good Psychiatric Management ont démontré être spécialement efficaces lorsque reposant sur l'information du diagnostic et la psychoéducation. Cependant, un défaut d'établissement diagnostique du trouble personnalité borderline a également été décrit. Cet article vise à explorer les facteurs sociodémographiques et cliniques associés au manque de diagnostic de trouble de la personnalité borderline.

Méthode : Nous avons étudié une cohorte rétrospective de 202 patients ayant reçu le codage diagnostique CIM-10 F60.3 lors de leur admission dans l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse. Les données sociodémographiques et cliniques ont été comparées à leur association avec les données de l'éventuelle connaissance du diagnostic. Nous avons ensuite réalisé une analyse de régression logistique multivariée.

Résultats : 63% des patients inclus étaient à connaissance de leur diagnostic de trouble de la personnalité borderline. L'analyse de régression logistique multivariée a montré que les facteurs statistiquement associés à la connaissance du diagnostic étaient : avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (OR=6.1, 95% CI= [2.3-17]), avoir un antécédent d'épisode dépressif caractérisé (OR=0.4, 95% CI= [0.1-0.9]) et le nombre d'admissions aux urgences psychiatriques dans l'année précédant l'inclusion. (OR=1.25, 95% CI= [1.02-1.5]).

Conclusion : Le principal facteur associé avec la connaissance du diagnostic de trouble de la personnalité borderline était d'avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, ainsi supposant un manque d'éclairage diagnostique dans les soins ambulatoires. Cette observation pourrait montrer l'intérêt d'une courte hospitalisation programmée telle que proposée aux urgences psychiatriques afin d'établir et annoncer le diagnostic de trouble de la personnalité borderline

**FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER DIAGNOSIS IN PATIENTS ADMITTED IN THE EMERGENCY
DEPARTMENT**

Background

Research on Borderline personality disorder showed that less intensive, easier-to-learn approaches like good psychiatric management is especially effective when based on the information about the diagnosis and psychoeducation. However, a lack of diagnosis detection is also described in borderline personality disorder. This study aimed at exploring socio demographic and clinical factors associated with the lack of diagnosis.

Methods

From a retrospective database collected in Toulouse University Hospital including 202 patients hospitalized in the short-term hospitalization unit of the adult psychiatric emergency department with the diagnosis CIM -10 F60.3, we compared the socio demographic and clinical criteria associated with the knowledge of the borderline personality disorder diagnosis criteria. We then performed a multimodal logistic regression analysis.

Findings

We found that 63% of the patients were aware of their BPD diagnosis. In the regression model, we found that factors associated with the knowledge of BPD diagnosis were: having a past history of hospitalization in psychiatry (OR=6.1, 95% CI= [2.3-17]), having a major depressive disorder diagnosis (OR=0.4, 95% CI= [0.1-0.9]) and the number of previous admissions in the emergency department in the last 12 months (OR=1.25, 95% CI= [1.02-1.5]).

Conclusions

The main factor associated with the knowledge of borderline personality disorder diagnosis was having a previous admission in a psychiatric ward, therefore suggesting a lack of disclosure in outpatient care. This observation could suggest a possible interest of short-term hospitalization as made in the emergency department to perform diagnosis detection and announcement.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: Médecine spécialisée clinique

KEY WORDS: borderline personality disorder ; diagnosis ; emergency department ; brief intervention ; short term hospitalization

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

Directeur de thèse : Juliette SALLES

**PATIENTS BORDERLINE HOSPITALISÉS AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES :
ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE ET PLACE DANS LE PARCOURS DE SOIN**

Contexte : Des approches moins intenses et plus simples à appréhender dans le trouble de personnalité borderline telles que le Good Psychiatric Management ont démontré être spécialement efficaces lorsque reposant sur l'information du diagnostic et la psychoéducation. Cependant, un défaut d'établissement diagnostique du trouble personnalité borderline a également été décrit. Cet article vise à explorer les facteurs sociodémographiques et cliniques associés au manque de diagnostic de trouble de la personnalité borderline.

Méthode : Nous avons étudié une cohorte rétrospective de 202 patients ayant reçu le codage diagnostique CIM-10 F60.3 lors de leur admission dans l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse.

Résultats : 63% des patients inclus étaient à connaissance de leur diagnostic de trouble de la personnalité borderline. L'analyse de régression logistique multivariée a montré que les facteurs statistiquement associés à la connaissance du diagnostic étaient : avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (OR=6.1, 95% CI= [2.3-17]), avoir un antécédent d'épisode dépressif caractérisé (OR=0.4, 95% CI= [0.1-0.9]) et le nombre d'admissions aux urgences psychiatriques dans l'année précédant l'inclusion. (OR=1.25, 95% CI= [1.02-1.5]).

Conclusion : Le principal facteur associé avec la connaissance du diagnostic de trouble de la personnalité borderline était d'avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, ainsi supposant un manque d'éclairage diagnostique dans les soins ambulatoires. Cette observation pourrait montrer l'intérêt d'une courte hospitalisation programmée telle que proposée aux urgences psychiatriques afin d'établir et annoncer le diagnostic de trouble de la personnalité borderline

TITRE EN ANGLAIS: Factors associated with knowledge of borderline personality disorder diagnosis in patients admitted in the emergency department

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : trouble de personnalité borderline ; facteurs associés ; parcours de soin ; urgences psychiatriques ; diagnostic ; hospitalisation ; intervention brève

KEY WORDS: borderline personality disorder ; diagnosis ; emergency department ; brief intervention ; short term hospitalization

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

Directeur de thèse : Juliette SALLES
