

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1522

THÈSE

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

Présentée et Soutenue Publiquement

Par **Marine UNTERREINER**

Le 28 Mars 2022

ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DES PSYCHIATRES DE HAUTE-GARONNE EN CE QUI CONCERNE LES PATIENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Anjali MATHUR

JURY :

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Assesseur

Madame le Docteur Anjali MATHUR

Assesseur

Madame le Docteur Juliette SALLES

Assesseur



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. LAZORTES 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. LAZORTES 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. BONNEVIALLE 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. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSIE 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 LAZORTES 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	Hépat-Gastro-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	Hépat-Gastro-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. CAVAGNAC 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 RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme TREMOLLIERES 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. ACCADBLED 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 Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÔWHAS 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 Héléne (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 MAZEREUW 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. HAMDI 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 Française	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

REMERCIEMENTS :

AUX MEMBRES DU JURY :

Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Anjali MATHUR qui m'a chaleureusement accueillie dans son service afin de mieux me former à la prise en charge des patients borderline en crise, ainsi qu'à son implication remarquable et son soutien dans mon travail de thèse. Ses nombreuses connaissances sur le sujet m'ont été d'une grande aide. Je la remercie pour sa disponibilité, son humanité et son soutien réconfortant envers moi.

Je remercie également très chaleureusement le Professeur Christophe ARBUS de me faire l'honneur de présider le jury de ce travail. Je vous remercie des connaissances précieuses que vous m'avez apportées lors du stage à l'Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé. Je vous remercie également de votre implication dans la formation du DES de psychiatrie, ainsi que du soutien indéfectible que vous avez pu me fournir lors de ces années d'internat semées de bons et moins bons moments. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Je souhaiterais également remercier le Professeur Antoine YRONDI pour sa gentillesse et sa bienveillance, ainsi que pour la qualité des cours qu'il a dispensé auxquels j'ai pu avoir le plaisir d'y assister. Je le remercie également de sa bienveillance auprès des internes.

Je remercie également le Docteur Juliette SALLES que j'admire beaucoup devant ses connaissances inépuisables. Je la remercie d'avoir participé activement à mon travail de thèse en m'aidant sur les analyses complexes des résultats et de m'avoir appris certains outils au point de les utiliser maintenant seule. Je la remercie de son efficacité et de sa rapidité dans l'aide qu'elle a pu me fournir.

À MES COLLÈGUES ET CONFRÈRES :

Je tiens à remercier tous mes maîtres de stage, le Professeur ARBUS, les Docteurs Virginie ROUCH, Emmanuelle BOUGON, Marie SPORER, Clara LETAMENDIA, Sarah HUGOT, Eléna MONTICELLI, Geneviève MARCHAND-HERISSOU, Christine SARRAMON pour les connaissances indispensables que vous m'avez enseignées tout au long de mon internat et pour m'avoir offert votre disponibilité, votre bienveillance, vos conseils, votre expertise et votre écoute.

Je remercie tous mes collègues internes avec qui j'ai pu partager de bons moments à l'hôpital mais également en dehors.

Je remercie également toutes les équipes paramédicales (que je ne citerais pas toutes car trop nombreuses mais vous vous reconnaîtrez) qui m'ont beaucoup appris et avec lesquelles j'ai passé de très bons moments en stage, merci à toutes de vos rires et de votre écoute.

À MA FAMILLE ET MES AMIS :

Je remercie mes amis, Maroua avec qui la médecine n'aurait pas été pareille si on ne l'avait pas vécue ensemble, à nos voyages qui nous ont permis de nous changer les idées des leçons incessantes à réviser ; merci à toi Rabeb avec tes paroles réconfortantes et ton optimisme à tout épreuve ; Cécilia, toi qui es là depuis plus de 10 ans et qui comprends mieux que quiconque le milieu hospitalier, toi qui m'as vu grandir. Ramona, toi qui m'as changé les idées dans la période où les révisions prenaient l'intégralité de la place dans mon quotidien.

Et je tiens à terminer cette liste de remerciements par les personnes qui ont été les plus présentes dans mon quotidien durant ces années difficiles, en particuliers mes grands-parents Christiane et Paul, Marie-Jeanne et Michel, qui j'espère, seront fiers de moi. Je remercie également mes parents pour leur patience sans faille, leur soutien à tout moment, leurs paroles réconfortantes et surtout d'avoir cru en moi depuis la première année de médecine. Je remercie également mes frères Clément et Matthieu, et bien évidemment tout le reste de la famille.

Et en dernier remerciements et bien des plus importants, à Nicolas qui me supporte dans mes doutes, mes indécisions, ma mauvaise humeur et qui a toujours les mots justes pour me redonner le sourire.

**ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DES PSYCHIATRES DE HAUTE-GARONNE EN CE
QUI CONCERNE LES PATIENTS PRÉSENTANT
UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE**

**« I could never put a name to my mental illness,
It's a mix of so many things.
I have now been diagnosed with Borderline Personality Disorder..
Suddenly everything makes so much more sense... »**

Citation anonyme d'un patient borderline

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	15
I- INTRODUCTION	16
A) Objectif du travail de thèse	16
B) Le trouble de la personnalité borderline	17
a. Épidémiologie	17
b. Diagnostic	18
c. Comorbidités	20
d. Prise en charge	20
1. Prise en charge médicamenteuse	20
2. Prise en charge psycho-thérapeutique	21
e. Evolution	27
f. Accès aux soins	28
1. Problèmes perçus par les patients et leur entourage ..	28
2. Soins déjà existant	29
II- MATÉRIEL ET MÉTHODES	31
A) Étude de la littérature scientifique	31
a. Objectifs	31
b. Méthodes	31
c. Résultats	32
1. Résultats de la revue de la littérature	32
2. Hypothèses	34
B) Résultats de notre enquête	35
a. Facteurs associés à être confiant dans la prise en charge	40
b. Problématiques dans la prise en charge des borderline	42
c. Habitudes de prescriptions médicamenteuses	42
d. Annonce diagnostic	43
e. Les besoins des psychiatres	43

III- DISCUSSION	44
IV- CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXE	52

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : American Psychological Association

BPDR : Borderline Personality Disorder Resource Center

CAMH : Center of Addiction and Mental Health

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème édition

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

DSM : Manual Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux

EBM : Evidence-Based Medecine

GPM : Good Psychiatric Management

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OR : Odds Ratio

PAAA : Passage à l'Acte Auto-Agressif

PAHA : Passage à l'Acte Hétéro-Agressif

TCD : Thérapie Comportementale Dialectique

TBM : Thérapie Basée sur la Mentalisation

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TPB : Trouble de la Personnalité Borderline

I- INTRODUCTION

A) Objectif du travail de thèse

Ce travail de thèse consiste en une enquête sur la pratique des psychiatres de Haute-Garonne en ce qui concerne les patients présentant un trouble de la personnalité borderline.

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble commun qui, selon le DSM-V, se caractérise par une dysrégulation émotionnelle, un sentiment d'insécurité, une grande impulsivité, une instabilité interne et relationnelle, un vécu abandonnique, une hypersensibilité au rejet et un sentiment de vide chronique.

Ces symptômes sont d'une grande variabilité en fonction des sujets, des événements et de leur environnement. Ils peuvent mener à des comportements impulsifs et dommageables pour le patient par la répétition de gestes d'automutilation et/ou de gestes suicidaires.

Selon l'étude de Barr et al. dans le journal *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* publiée en 2020, il s'agirait d'un trouble fréquent puisqu'ils estiment que 1 à 2% de la population générale est atteinte d'un trouble de la personnalité borderline. Le TPB représenterait 10% des patients suivis en santé mentale en ambulatoire et représenterait 20% des patients hospitalisés dans des services de santé mentale. (1) Selon les sources, ces chiffres peuvent varier mais toutes les études concordent pour dire qu'il s'agit d'un trouble fréquent.

Le TPB est fréquemment associé à d'autres pathologies comme les troubles anxieux, les troubles des comportements alimentaires, les addictions. Le principal enjeu pour les professionnels de santé repose sur la mise en place d'un suivi adéquat.

Il est admis à l'heure actuelle que le TPB représente un enjeu majeur de santé publique, notamment du fait des conséquences psychosociales et du taux de mortalité suicidaire (4 à 10 % des patients borderline décèdent par suicide), ce qui représente 50 fois plus que la population générale.

Sur le territoire de la Haute-Garonne, il n'existe pas de structures dédiées à la prise en charge de ces patients bien qu'ils représentent une part non négligeable des passages aux urgences psychiatriques. En effet, ils représentent 9% des patients admis aux urgences psychiatriques (2) du fait de l'expression clinique intense de leur symptomatologie, en particulier lors de périodes de crise.

Depuis une trentaine d'années, des soins spécialisés pour la prise en charge de ces patients ont commencé à émerger. D'abord sur le continent Américain aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada, puis secondairement en Europe : au Royaume-Uni puis en Suisse, avant de venir émerger en France

et notamment à Montpellier. La prise en charge des patients borderline est essentiellement basée sur des techniques de psychothérapies adaptées à cette population de patients telles que la thérapie Comportementale Dialectique (TCD), ainsi que d'autres techniques de psychothérapies qui seront revues plus loin. Peu de praticiens sont encore formés à ces thérapies spécialisées en France. Cependant sur le territoire de la CPT Haute Garonne et Tarn Ouest, les soins spécialisés pour le trouble de la personnalité borderline sont encore peu diffusés et peu accessibles aux patients concernés.

Un court questionnaire a été adressé aux psychiatres de Haute-Garonne afin de recueillir leurs habitudes de prise en charge des patients borderline ainsi que les difficultés potentiellement rencontrées. Pour cela un questionnaire anonymisé a été envoyé à plus 200 psychiatres, indépendamment du lieu de travail, de l'ancienneté ou des spécificités de chacun.

L'objectif de notre étude est donc d'établir une cartographie de la psychiatrie en Haute-Garonne concernant le trouble de la personnalité borderline afin de mieux évaluer les besoins du département tant en termes de structures de soins adaptées qu'en moyens humains. Cela permettrait aussi de mettre en évidence les difficultés rencontrées par nos confrères/consœurs afin de trouver des solutions pour une meilleure prise en charge de ces patients et des réponses adaptées aux différentes demandes des psychiatres.

Dans ce contexte, le projet de plateforme territoriale BorderLink vise à renforcer l'offre de soins et à répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge des TPB en mettant en œuvre des parcours en psychiatrie favorisant la proximité et l'articulation entre l'ensemble des acteurs (prévention, soins, réinsertion et promotion de la citoyenneté) du parcours de santé et de vie sur les territoires de santé mentale ainsi que le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Il vise également la prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence et vise à limiter les soins sans consentement. Il porte également un projet de télémédecine au service des patients et des professionnels.

B) Le trouble de la personnalité borderline

a. Épidémiologie

Les données épidémiologiques attestent de l'enjeu de santé publique que représente ce trouble. Comme vu précédemment, la prévalence du trouble dans la population générale est variable selon les études et est d'environ 1 à 2% (1). Ce diagnostic concerne 10% des patients suivis en psychiatrie, 9% des patients admis aux urgences psychiatriques, et 20% des patients hospitalisés en psychiatrie. (2) De plus, l'impact du trouble est un enjeu important puisque 10% de ces patients décèdent par suicide. (3) Sur le plan financier, la prise en charge par patient et par an, est évaluée à

environ 17 000 euros, en particulier les coûts occasionnés en lien avec le handicap social et professionnel. (2)

Le trouble de personnalité borderline affecte autant les hommes que les femmes dans la population générale. En revanche, il existe une surreprésentation des femmes en population clinique (avec un sex ratio de 3:1) , sans doute liée à un meilleur accès aux soins chez celles-ci (tendance plus marquée à consulter ou à chercher de l'aide). (4)

b. Diagnostic

Le concept de TPB a longtemps été débattu. Le terme « borderline » est utilisé la première fois en 1884 par Hugues dans ses conférences de *The Borderland of Insanity* 1 (5) pour décrire des cas de symptômes physiques survenant lors d'affections psychiatriques. Durant de nombreuses années, ce trouble a été intégré au champ des psychoses et il faut attendre près d'un siècle après sa première évocation pour le voir intégré au sein d'une classification (6).

Le tableau clinique se caractérise donc par sa très grande variabilité symptomatique, pouvant emprunter le masque de tous les grands syndromes psychiatriques, de la dépression, du délire, de la décompensation anxieuse avec risque de passage à l'acte suicidaire, toxicomaniaque ou autre, jusqu'à la crise d'hystérie avec la dissociation psychique. En fait, c'est cette variabilité et ce polymorphisme clinique, dans lequel peuvent s'intriquer tous les symptômes psychiatriques, qui rendent le diagnostic difficile, incertain et tardif chez des patients souvent hospitalisés en urgence avec un tableau de détresse cataclysmique, et que l'on retrouve asymptomatiques ou « hyper-normaux » dès le lendemain de leur admission. (7)

Le TPB est un trouble fréquent, qui impacte fortement la vie quotidienne et relationnelle des patients.

Classification selon le DSM-V :

Les premiers signes du trouble sont généralement déjà présents à la fin de l'enfance. Il s'agit le plus souvent de comportements impulsifs et imprudents. Une évaluation « à l'aide d'instruments » facilite grandement le diagnostic.

Le trouble de la personnalité borderline apparaît dans le DSM vers les années 1980 suite aux travaux de Gunderson, Singer et Zanarini. Les critères sont d'abord au nombre de six dans le DSM-III en 1980 (8) puis ils passent à neuf dans le DSM-IV en 2000 (9), ainsi que dans le DSM-V en 2013. (10)

Le diagnostic repose sur des critères cliniques évoqués dans le DSM-V qui sont au nombre de 9 dont au moins 5 doivent être présents :

- (1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
- (2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- (3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels ; des changements soudains d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations).
- (4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- (5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- (6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- (7) Sentiment chronique de vide.
- (8) Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- (9) Survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

Classification de la CIM-10 :

En 1992, apparaît dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10) (11) « le trouble de la personnalité émotionnellement labile », avec deux sous-types :

- **un sous-type impulsif** : caractérisé par la présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes : (1) une tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considérations pour les conséquences ; (2) une tendance marquée aux comportements querelleurs particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués ; (3) tendance aux

éclats de colère ou de violence avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent ; **(5)** une difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate et une humeur instable et capricieuse.

- **un sous-type borderline** : défini par la présence d'au moins trois caractéristiques du type impulsif et d'au moins deux caractéristiques suivantes : **(1)** des perturbations et incertitudes concernant sa propre image, ses buts et choix personnels ; **(2)** une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles ; **(3)** des efforts démesurés pour éviter d'être abandonné ; **(4)** des menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs ; **(5)** un sentiment permanent de vide.

Malgré ces critères, le TPB reste une maladie difficile à diagnostiquer de par son polymorphisme et les nombreuses comorbidités qui lui sont associées. (12)

c. Comorbidités

Les comorbidités sont complexes. Le patient présente souvent d'autres troubles, en particulier une dépression (40-85%), des troubles anxieux (30-50%) (p. ex., trouble panique) et des états de stress post-traumatiques (45-55%), ainsi que des troubles du comportement alimentaire (30-50%) et un mésusage de substances (65%).

d. Prise en charge

La prise en charge des TPB est complexe, l'adhésion aux soins est fragile et inconstante. 70% des patients abandonneraient leur suivi et un patient aurait recours à environ 6 thérapeutes sur une vie. (13)

Les recommandations internationales préconisent selon l'état clinique et le risque suicidaire du patient, une prise en charge intensive de crise qu'elle soit en hospitalisation ou en ambulatoire. Une hospitalisation de longue durée n'est pas conseillée chez ces patients. (12)

1. Prise en charge médicamenteuse

Sur le plan de la prise en charge médicamenteuse, les recommandations anglo-saxonnes de la NICE restent vagues (14).

L'APA (American Psychiatric Association), dans son guide de prise en charge des patients avec un

TPB, ne décrit pas de protocole standardisé mais recommande une prise en charge à adapter selon la symptomatologie de chaque patient. (15)

En France, aucun médicament n'a l'AMM dans le soin de ces patients. Cependant des médicaments sont parfois nécessaires à visée symptomatique pour soulager ces patients et sont alors prescrits hors AMM sous la responsabilité du prescripteur. (12, 16)

Il faut bien retenir que les médicaments ne soignent pas le trouble de la personnalité borderline. Cependant des médicaments peuvent avoir une efficacité sur certains symptômes (comme l'anxiété, l'impulsivité, l'instabilité des émotions, la colère, les idées de persécution), mais aussi pour traiter une maladie psychique associée comme la dépression. (12, 17)

En fonction des cas, les médicaments les plus souvent prescrits sont les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anxiolytiques ou les régulateurs de l'humeur.

L'identification et le traitement des troubles coexistant sont importants pour un traitement efficace du trouble de la personnalité borderline.

Nous notons que les médicaments fonctionnent de façon optimale lorsqu'ils sont utilisés avec parcimonie et de façon systématique pour des symptômes spécifiques.

Cela se traduit également par une consommation élevée en ressources de santé. L'ensemble de ces éléments nécessite une prise en charge précise et est un réel enjeu de santé publique.

Il est important de garder en mémoire les risques liés à la médication chez ces patients tels que, le risque suicidaire, la prise de poids et les conséquences métaboliques, notamment sous antipsychotiques. Il existe également un risque iatrogène chez ces patients qui ne sont pas toujours bien observants de leur prescription.

2. Prise en charge psycho-thérapeutique

Bien que soient apparues plusieurs psychothérapies ayant montré des bénéfices dans la prise en charge de ces patients, celles-ci nécessitent des moyens humains et financiers conséquents, les rendant ainsi difficilement accessibles dans de nombreuses structures de santé. Par ailleurs, il semblerait que les psychiatres ne soient que peu formés à ces psychothérapies validées par la recherche. De plus, ces thérapies s'adressent majoritairement à une population capable de s'impliquer dans un suivi en ambulatoire sur le long terme. Tous ces facteurs font qu'une grande partie des patients borderline n'ont pas accès à ces traitements spécialisés.

Au regard des études scientifiques, la psychothérapie est le traitement recommandé (18, 19, 20) et

efficace dans la prise en charge du trouble de la personnalité borderline. La majorité des personnes va mieux et a une amélioration des symptômes avec un suivi psychiatrique et/ou psychologique bien conduit.

Parmi ces psychothérapies, la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) développée par Linehan (21) a démontré son efficacité dans de nombreux essais cliniques randomisés, ce qui en fait une thérapie reconnue par l'American Psychiatric Association (APA) (15) et par le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (14).

Les psychothérapies spécifiques au trouble de la personnalité borderline peuvent réduire les comportements suicidaires, atténuer l'humeur dépressive et aider les personnes atteintes de ce trouble à mieux fonctionner.

Actuellement, quatre psychothérapies ont montré le plus d'efficacité dans la prise en charge de ces patients (22) :

- **La thérapie comportementale dialectique de Linehan (23)** : thérapie encore peu connue et pratiquée en Europe et en France, elle a été mise en place par Marsha Linehan dans les années 80 aux Etats-Unis. Elle a pour but de construire et développer chez les personnes des compétences personnelles et interpersonnelles. Elle s'articule autour des axes suivants : acceptation de la réalité et tolérance face aux difficultés et aux émotions négatives, pleine conscience, efficacité interpersonnelle et régulation émotionnelle. Sur le plan pratique, elle se déroule sous forme de séances individuelles et collectives. Elle se déroule en 3 phases : phase d'acquisition des compétences principalement en groupe, phase de consolidation lors de suivi individuel et phase de généralisation également en individuel. La TCD a recours à des groupes d'apprentissage des compétences, des consultations téléphoniques, une psychothérapie individuelle avec un thérapeute dit "principal", des consultations et supervisions d'équipe, ainsi qu'un recours à des traitements auxiliaires si besoin. La TCD consiste en une prise en charge intensive des patients. En effets, les séances de groupe durent environ 2h30 à raison d'une séance par semaine avec une moyenne de 8 séances par module. Les séances individuelles durent environ 1h à raison d'une fois par semaine, avec un thérapeute principal. Les thérapeutes bénéficient également d'une supervision hebdomadaire de 2h. La durée d'une TCD dure en moyenne 2 mois mais peut être renouveler.
- **La thérapie des schémas de Young (24)** : Les schémas, encore appelés patterns, sont des motifs de pensées, comportements, attitudes verbales et non verbales, que nous adoptons inconsciemment en réponse à des situations données. Nous interagissons en permanence depuis notre naissance avec notre environnement. Nos modes d'action et de

réflexion sont donc influencés plus ou moins grandement par la façon dont nous considérons les autres et dont ils nous considèrent. Ces interactions constantes avec le milieu modèlent notre personnalité. Jeff Young dénombre 18 schémas de pensées dont seulement quelques uns sont qualifiés de primaires inadaptés, les plus fréquents étant : l'abandon, la carence affective, la méfiance et l'abus, l'imperfection et la honte, l'exclusion et le rejet. Ils se développent durant l'enfance. Face à ces schémas de pensées il existe des comportements dysfonctionnels d'adaptation. Dans le cadre de la thérapie des schémas, le patient est amené à évoquer de façon précise les situations problématiques (émotions, réactions) afin de détecter ce qui relève d'une interprétation de la situation en fonction d'un sentiment inadapté. Le but pour le thérapeute est d'amener le patient à prendre conscience de ce qui se joue à travers les schémas pour s'en libérer. Progressivement, le patient peut alors envisager d'autres modalités de pensée et d'action qui le sortent de la répétition. Il regagne en autonomie psycho-émotionnelle et se déconditionne du passé. Le thérapeute peut également proposer des expositions progressives aux situations évitées ou mettre en place des jeux de rôle. Cette thérapie se déroule en séances individuelles à raison d'environ une séance par semaine sur une durée d'un an.

- **La thérapie focalisée sur le transfert de Kernberg et Clarkin (25) :** La psychothérapie focalisée sur le transfert constitue une approche psychodynamique dont la particularité essentielle est de tenter de modifier la structuration même de la personnalité malade. Cette approche ne s'adresse pas seulement aux comportements et aux attitudes, elle vise des changements en profondeur dans la personnalité qui apporteront des modifications dans la manière d'être des personnes en relation avec leur environnement. Le psychothérapeute travaille à aider la personne à prendre conscience de sa façon de se représenter les choses, les situations, les personnes et de sa manière de réagir en se fondant sur ses représentations biaisées par ses désirs, ses affects et ses motivations. C'est en insistant auprès de la personne pour qu'elle s'explique davantage, qu'elle s'exprime plus clairement, pour qu'elle dise le fond de sa pensée que le thérapeute aide la personne à prendre conscience de son point de vue. C'est en confrontant de façon respectueuse et diplomatique, mais aussi de façon franche et authentique la personne à ses propres contradictions, à ses paradoxes que le thérapeute supporte la personne à changer certaines perceptions, certains sentiments, sa façon d'organiser ses représentations du monde. Enfin, c'est par le biais de l'interprétation que le thérapeute explique à la personne les motifs sous-tendant ses manières d'être et d'agir. Pour que le processus psychothérapique puisse tenir le coup devant les excès auxquels pousse la pathologie, il est nécessaire de poser un cadre de travail clair et solide élaboré conjointement par le psychothérapeute, le patient et certaines personnes proches

intervenant régulièrement dans la vie de la personne borderline. Ce cadre de travail sert de tiers entre le psychothérapeute et le patient, un tiers favorisant le travail d'élaboration et d'analyse du transfert et du contre-transfert.

- **La thérapie basée sur la mentalisation de Bateman et Fonagy (26)** : C'est une thérapie psychodynamique basée sur la mentalisation qui a pour objectif principal d'aider à mentaliser de manière plus exacte. Une mentalisation réussie signifie d'être capable de comprendre ses propres états mentaux (pensées, sentiments, souhaits, croyances, intentions) ainsi que ceux des autres. Lorsque la mentalisation est entravée, les gens ont tendance à réagir de façon exagérée pour percevoir des maux, et cela peut créer des relations interpersonnelles tumultueuses ou brisées. Une mentalisation réussie vise donc à aider les patients à aborder avec plus de finesse leurs relations interpersonnelles, afin de les garder intactes. La thérapie peut comprendre de parler des pensées, des sentiments et des intentions avec thérapeute, dans un espace sécurisé afin que l'exactitude de la mentalisation soit optimisée. Cette thérapie se compose de séances individuelles et de séances de groupe à la fois de psychoéducation mais également d'entraînement à la mentalisation.

Le "Good Psychiatric Management" développé par Gunderson n'est pas une thérapie en lui-même mais un recueil des bonnes pratiques de prise en charge du trouble de la personnalité borderline qui répertorie les axes importants de travail. Il a prouvé également son efficacité clinique. Gunderson repère qu'une prise en charge psychiatrique une fois par semaine qui met l'accent sur la psychoéducation du trouble, une psychothérapie de soutien et une focalisation sur l'adaptation sociale des patients est tout aussi efficace que les 4 principales thérapies vues ci-dessus. Gunderson propose que cette approche soit la principale intervention dans le traitement du trouble de la personnalité borderline et propose que les psychothérapies plus intensives vues ci-dessus soient réservées aux patients qui ne répondent pas aux principes du "Good Psychiatric Management".

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes approches psychothérapeutiques efficaces dans le trouble de la personnalité borderline

Description des traitements du TPB basé sur l'Evidence-Based Medecine (27)				
	Thérapie comportementale dialectique	Thérapie basée sur la mentalisation	Thérapie basée sur le transfert	Good Psychiatric Management
Description	Thérapie cognitivo-comportementale modifiée avec concept de dialectique et technique de validation de compétences. Formation aux compétences de régulation émotionnelle, de tolérance à la détresse, d'efficacité interpersonnelle et de pleine conscience.	Le thérapeute aborde une position curieuse de “ne pas savoir”. Il promeut la capacité de penser de soi et des autres en termes d'états mentaux significatifs.	Basée sur la psychanalyse, elle favorise l'intégration des représentations d'objets divisés pour stabiliser les tendances aux relations instables et à l'agressivité envers soi-même ou envers les autres.	Approche de gestion de cas qui mélange des modèles dynamiques et comportementaux . Se concentre sur les facteurs de stress interpersonnels et situationnels.
Buts	Sortir de situation de crise. Sentiment de compétence. Qualité de vie satisfaisante.	Stabiliser les systèmes de mentalisation et d'attachement.	Intégrer la relation des objets fractionnés. Capacité à tolérer la perte d'objets idéaux.	Se concentrer sur les interactions interpersonnelles et leurs effets.
Priorités	Suicidalité. Comportements interférant avec le traitement et la qualité de vie.	Focalisation sur l'affect interpersonnel.	Intégrer des relations d'objets clivées. Capacité à tolérer la perte d'objets idéaux.	Favoriser le travail avant les relations sentimentales. Privilégier l'autonomie.
Gestion de la crise suicidaire	Analyse de l'enchaînement des évènements menant à la crise.	Analyse de l'enchaînement des évènements menant à la crise	Interprétation des motifs et distorsions cognitives	Analyse de l'enchaînement des évènements menant à la crise. Evaluation du risque suicidaire.

Description des traitements du TPB basé sur l'Evidence-Based Medecine (27)				
Disponibilité téléphonique	+++	+	-	++
Plan de crise	Apprentissage de compétences puis utilisation individuelle de ces compétences. But de minimiser l'hospitalisation d'urgence.	Heures d'ouverture de la ligne téléphonique : équipe spécialisée dans la thérapie basée sur la mentalisation Heures de fermeture : urgences	Urgences	Contact téléphonique entre les sessions
Psycho-éducation	+	++	+	+++
Temps clinique avec le patient	1h/semaine en séance individuelle. 2h/semaine en séance de groupe. 24/7 entraînement des compétences apprises.	1h/semaine en séance individuelle. 2h/semaine en séance de groupe.	2h/semaine en séance individuelle séparée en 2 séances d'1h.	1h/semaine en séance individuelle seulement si le patient répond par un changement symptomatique et fonctionnel.
Thérapie de groupe	Essentielle	Essentielle	Aucune	Encouragée
Thérapie familiale	Liens avec les familles	Groupe de thérapie familiale basée sur la mentalisation.	Aucun	Psychoéducation de la famille
Temps total de ressources cliniques	5h ou plus	4h	3h	2h30
Supervision du thérapeute	En groupe 2h/semaine	En groupe 1h/semaine	1h/semaine de surveillance	En groupe 1h30/semaine
Exigences de formations des thérapeutes	2 ateliers de 5 jours séparés par 6 mois de mise en œuvre et d'auto-apprentissage	Atelier de 3 jours	2 ateliers de 3 jours Un an de supervision	Atelier d'une journée
Prix	++++	++	+++	+

La prise en charge médicamenteuse et psycho-thérapeutique est un problème de santé publique difficile à aborder car il concerne non seulement les adultes mais aussi les adolescents avec un haut risque de passage à l'acte suicidaire. Le traitement requiert une très forte coordination de l'offre de soins pour organiser des prises en charge adaptées tout aussi complexes qu'est le diagnostic.

Certaines études (28, 29, 30) ont relevé l'importance de discuter du diagnostic avec le patient mais aussi avec son entourage afin qu'ils soient mieux informés des traitements et des soins possibles, ce qui promeut l'espoir chez les patients et leur entourage. Concernant les traitements, les patients souhaiteraient être acteur de leur prise en charge car ils sont de façon générale exclus des décisions les concernant et souhaiteraient prendre part à ses décisions. (29, 30)

e. Évolution

40 à 85 % des patients présentant un TPB feront une ou plusieurs tentatives de suicide, et 10 % décéderont par suicide (soit un risque multiplié par 50 par rapport à la population générale). (3)

L'évolution est très variable mais globalement favorable. Le mode le plus fréquent est celui d'une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes notables de perte de contrôle des affects et des impulsions ainsi qu'un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale. Le risque de suicide est plus important chez le jeune adulte et diminue progressivement avec l'âge. La plupart des personnes deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail pendant leur quatrième et cinquième décennie. La gravité du trouble est très variable et les comorbidités très fréquentes.

Certaines personnes ont des symptômes très sévères, une vie très instable sur le plan relationnel et professionnel, et sont très souvent hospitalisées. D'autres personnes ont une vie relativement stable. D'autres personnes se situent entre ces deux extrêmes.

Les facteurs de bon pronostic sont l'absence d'hospitalisation psychiatrique et de comorbidité antérieure, un niveau intellectuel élevé ou encore une bonne insertion professionnelle. (31)

Gunderson et al. trouve dans une étude un taux de rémission élevé de 45 % après deux ans d'évolution et de 85 % après dix ans d'évolution. Les critères de rémission étant la présence de deux critères de diagnostic maximum selon le DSM-IV depuis au moins 12 mois. (32) Les résultats trouvés par l'étude de Zanarini et al de 2018 sont sensiblement les mêmes puisqu'ils retrouvent un taux de rémission de 90% après plusieurs années d'évolution du trouble. (33)

f. Accès aux soins

1. Problèmes perçus par les patients et leur entourage

Selon les données de la littérature, les patients borderline représentent environ 10% des patients suivis en psychiatrie, 9% des patients admis aux urgences psychiatriques, et 20% des patients hospitalisés en psychiatrie. (14)

L'étude de Lamont et Dickens de 2021 montre que les patients borderline s'attendent à recevoir des soins professionnels et attribuent de la valeur au professionnalisme, au respect, à la compassion et à la nature thérapeutique des relations positives avec les professionnels. Leurs attentes ont pu être compromises lorsqu'ils ont rencontré des difficultés dans la communication, le partage de l'information médicale et perçu un manque de soutien de la part de l'équipe soignante. (34)

Les patients atteints d'un trouble de la personnalité ne reçoivent souvent pas d'explications concernant leur diagnostic (35), ou font l'expérience d'un langage stigmatisant ou souffrent du manque d'informations concernant leur diagnostic basé sur l'EBM (36). Les patients décrivent aussi recevoir des réponses négatives de la part des professionnels de santé mentale dans les services d'urgences. (37)

Selon les études, les patients souffrant de trouble de la personnalité ressentent qu'ils ne sont pas pris en compte et qu'un renforcement du soutien psychologique et émotionnel leur serait bénéfique (36), y compris le soutien d'un professionnel de santé mentale qui pourrait les aider à comprendre les émotions.

Les aidants ont souvent des relations difficiles avec les patients qu'ils soutiennent et sont démunis pour trouver de l'aide. (38)

Les aidants expriment également des difficultés à aider le patient à trouver un professionnel de santé mentale et un service de soins adapté aux personnes avec un trouble de la personnalité. (38) En effet, l'étude de Dunne et Rogers de 2013 rapportent les différentes difficultés rencontrées par les aidants. Les aidants expriment une fatigabilité et une vulnérabilité psychique à être en première ligne de soutien des patients borderline. Ils évoquent le bénéfice que pourrait leur apporter la création de groupes de soutien aux aidants ou d'un accès à un soutien par un numéro téléphonique accessible à tout moment. Certains évoquent la question financière en expliquant que leur rôle d'aidant les empêche de travailler pleinement et peut engendrer des difficultés financières, soulevant ainsi la question d'une aide financière aux aidants. Les aidants expriment également ne pas assez être pris en considération par l'équipe soignante dans la prise en charge des patients borderline. Ils

expriment le besoin d'une éducation thérapeutique aux aidants concernant le trouble de la personnalité.

L'étude de Lawn et al de 2015 retrouve des résultats similaires concernant les besoins des aidants. En effet les personnes aidantes décrivent ne pas recevoir d'informations sur la maladie de la personne qu'elles soutiennent et ne pas être impliquées dans le choix des traitements de façon appropriée. (37)

L'étude de Acres et al de 2019 retrouve également des résultats similaires aux études précédentes. Les aidants souhaiteraient avoir plus d'informations à propos du trouble de la personnalité et comment répondre à une crise et déclarent qu'ils sont souvent dans l'urgence de donner un traitement sans avoir suffisamment de connaissances. (39)

Une étude menée par Barr et al en 2020 met en évidence que l'entourage des patients avec un trouble de la personnalité perçoit des barrières à une prise en charge optimale telles que la mauvaise communication entre les services, une accessibilité limitée aux services de soins et ne reçoivent que peu d'informations concernant le traitement du patient dont ils s'occupent. Il perçoit également une assistance inconstante de la part des professionnels de santé mentale en réponse à un patient traversant une crise. (40, 41, 42)

Ainsi, de nombreuses études convergent vers les mêmes besoins et attentes des aidants des patients borderline : une meilleure communication entre les aidants et les professionnels de santé mentale, une psychoéducation des aidants au trouble de la personnalité borderline, un soutien psychique voir financier aux aidants.

2. Soins déjà existant

Nos confrères Australiens ont créé un programme de prise en charge des patients borderline appelé "Open Borders". Ce programme consiste à prendre en charge les patients borderline lors de périodes de crise sur de courtes hospitalisations (1 semaine) afin de limiter l'escalade de comportements dommageables. Les patients sont pris en charge par une équipe paramédicale qui s'appuie sur des outils de thérapie comportementale dialectique. Durant leur séjour, les patients ont accès à des DVD et livres de psychoéducation sur leur trouble. L'équipe paramédicale utilise une approche modifiée de la thérapie comportementale dialectique avec pour objectif que le patient gagne en stabilité afin d'éventuellement s'engager lors de sa sortie d'hospitalisation dans un programme de thérapie. Ces courtes hospitalisations visent à créer un environnement étayant afin que le patient puisse réintégrer la communauté. Des stratégies de désescalade comportementale sont enseignées aux patients. Un service téléphonique disponible 24/24 7/7 leur est proposé à l'issue de

l'hospitalisation. Un psychologue spécialisé dans la thérapie comportementale dialectique propose des sessions de formation tous les mois aux équipes soignantes. Le personnel soignant bénéficie également de séances de supervision afin d'éviter des représentations négatives du trouble qui pourraient impacter la prise en charge des patients. Le programme Open Borders promeut un sentiment d'efficacité des équipes soignantes et prévient l'épuisement professionnel. (43)

Aux Etats-Unis, il existe un centre en ligne, créé par le New-York Presbyterian Hospital, joignable par téléphone ou mail, dédié au trouble de la personnalité borderline, le Borderline Personality Disorder Resource Center (BPDRC), qui met en relation les patients borderline avec des centres de soins, des médecins et des équipes de soutien. Le BPDRC diffuse également du matériel pédagogique destiné aux patients. (44) De plus, il existe un réseau de soutien aux familles appelé Family Connections, qui propose des programmes d'éducation thérapeutique sur 12 semaines ciblant les aidants des patients borderline. (45)

Au Canada et plus particulièrement à Toronto, The Center of Addiction and Mental Health (CAMH) propose une prise en charge par thérapie comportementale dialectique individuelle ainsi que des groupes de compétences sur une durée de 24 semaines. Sur le même modèle que les Etats-Unis, le CAMH propose aux familles des groupes de 12 semaines basés sur le programme de traitement Family Connections. Il est conçu pour aider les amis et les proches des patients borderline afin de développer une meilleure compréhension du trouble et d'acquérir des compétences pour réagir efficacement dans des situations difficiles, améliorer leurs relations et gérer le stress. (46)

Nos confrères suisses sont également en avance dans la prise en charge de ces patients puisqu'il existe à l'Hôpital Universitaire de Genève le programme spécialisé TRE (Troubles de la Régulation Émotionnelle) qui propose aux patients un suivi psycho-thérapeutique par une équipe pluridisciplinaire formée à la thérapie comportementale dialectique et à la thérapie basée sur la mentalisation. De plus il existe une unité de prise en charge spécialisée Karl Jaspers au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois de Lausanne et le programme Prisme (Programme de Régulation des Émotions et de Stratégie de Modulation des Émotions) au Centre psychosocial de Fribourg. (47)

En France il existe peu de structures et de soignants formés aux différentes thérapies reconnues dans la prise en charge de ces patients. Au CHU de Montpellier il existe le Centre d'Interventions Psycho-sociales, service dans lequel les professionnels sont formés à la thérapie comportementale dialectique et la pratique avec le patient en individuel et en groupe sur une durée de 6 mois à raison d'une séance par semaine. La famille est également prise en charge en groupe sur une durée de 12 semaines à raison d'une séance par semaine. Le CHU de Montpellier a également créé un Centre de Thérapie des Troubles de l'Humeur et Emotionnels/Borderline qui permet une augmentation des capacités d'accueil des patients et leur offre une prise en charge psycho-thérapeutique basée sur la

3ème vague de TCC. Ce centre s'adresse également aux proches et familles des patients via des programmes d'éducation et d'enseignement psycho-thérapeutique. En France le CHU de Montpellier est précurseur dans la prise en charge des patients borderline.

En Haute-Garonne, il existe peu de structures de soins spécialisées dans la prise en charge spécifique des patients borderline. Il existe au CHU de Toulouse un service spécialisé dans la crise, le Centre de Thérapie Brève, pouvant prendre en charge temporairement les patients borderline en crise suicidaire mais ce système de soin est temporaire et ne permet pas un suivi au long court des patients.

Dans ce contexte, nous avons entrepris une étude pour explorer les difficultés que rencontrent les psychiatres de la Haute-Garonne dans la prise en charge des patients borderline. Cette étude devrait soutenir un dispositif de soins innovant sur notre département.

II- MATÉRIEL ET MÉTHODES

A) Étude de la littérature scientifique

a. Objectifs

L'objectif de notre travail est d'étudier les difficultés rencontrés par les psychiatres de Haute-Garonne dans la prise en charge des patients borderline.

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée via le biais d'un questionnaire de 16 questions envoyé à 243 psychiatres de la Haute-Garonne.

b. Méthodes

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature incluant des études dans lesquelles ont été réalisés des questionnaires visant des psychiatres ou d'autres professionnels de santé mentale, afin de se rendre compte du format général et le plus adapté du questionnaire à produire, afin que le maximum de professionnels ciblés y réponde. De plus cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence les obstacles à la prise en charge effective des patients borderline par les psychiatres. Les recherches afin de créer le questionnaire ont été basées sur les données de PubMed et des ouvrages sur le TPB (exemple : Gunderson).

Pour rechercher ce qui existait déjà dans la littérature nous avons effectué des recherches sur PubMed avec les MESH suivants : borderline personality disorder ; personality disorder ; psychiatrist ; clinicians ; questionnaire ; survey ; stigma ; psychotherapy ; treatment ; medication

Treize articles ont été sélectionnés selon leur intérêt dans le but d'élaborer un questionnaire qui permettrait de mettre en évidence des problématiques rencontrées par les psychiatres ou autres professionnels de santé mentale dans la prise en charge des patients borderline.

Un questionnaire anonymisé a été réalisé à l'aide de Google Forms et envoyé par mail aux psychiatres. Les adresses mail des psychiatres ont été obtenues via Medimail, des appels téléphoniques, la diffusion du questionnaire par les cliniques.

Les critères d'inclusion dans la population cible du questionnaire étaient les psychiatres hommes et femmes de tous âges, exerçant avec une patientèle adulte, en Haute-Garonne, quelle que soit la structure d'exercice.

Les critères d'exclusion étaient les psychiatres n'exerçant pas en Haute-Garonne et les pédopsychiatres (du fait que le trouble de la personnalité borderline est d'après le DSM-V posé à partir de l'âge de 18 ans).

Le délai de réponse au questionnaire a été limité à un mois.

Nous avons tout d'abord étudié la composition du panel de psychiatres ayant répondu au questionnaire en les questionnant sur leur sexe, le nombre d'années d'exercice, leur type d'exercice.

Nous avons questionné les psychiatres sur leur prise en charge à la fois médicamenteuse et psychothérapeutique concernant ces patients.

Nous leur avons demandé leur niveau de confiance concernant la prise en charge de ces patients et le nombre de ces patients approximatif que chacun d'entre eux avait dans leur patientèle.

Nous avons recensé les principaux freins que ceux-ci pouvaient rencontrer dans leur prise en charge.

Nous les avons également questionnés sur leurs connaissances concernant les psychothérapies recommandées dans le trouble borderline et sur leur formation ou non à ces psychothérapies.

Nous avons terminé en leur demandant si des formations sous différents types de formats ou des structures adaptées pour recevoir ces patients leur paraissaient souhaitables et pourraient les aider ou améliorer leur prise en charge concernant ces patients.

c. Résultats

1. Résultats de la revue de la littérature

D'après les données de la littérature, une étude de Bourke et Grenyer publiée en 2010 dans le *Psychotherapy Research* met en évidence un ressenti émotionnel plus négatif de la part des

psychothérapeutes face aux patients avec un trouble de la personnalité borderline en comparaison avec les patients ayant un état dépressif majeur. Les thérapeutes se sentent moins confiants dans leur prise en charge de ces patients malgré un désir permanent de leur venir en aide. (48)

Les principaux problèmes retrouvés dans cette étude sont similaires à la notre, une difficulté d'établir un lien thérapeutique, un fort taux de d'arrêt des soins, une difficulté à être observant aux soins ainsi qu'une difficulté à la gestion des émotions des patients, passant d'un extrême à un autre. (48)

De plus, plusieurs études (Fauth, 2006; Harris, 1999; J. Hayes, 2004; Najavits, 2000; Rosenberger & Hayes, 2002; Schwartz & Welding, 2003) montrent qu'aider les thérapeutes dans la gestion de leurs propres expériences émotionnelles pourrait avoir un impact positif sur les résultats thérapeutiques avec les patients borderline.

Une autre étude réalisée par Barr et al. (49) met en lumière les besoins des patients avec un trouble de la personnalité concernant les praticiens les prenant en charge. Ils rapportent dans un premier temps le besoin d'un professionnel compréhensif concernant le TPB. Ils décrivent que les médecins et psychiatres n'ont souvent pas l'expérience ou la connaissance pour leur fournir un traitement ou des informations sur le TPB. Ils expriment une difficulté à trouver un professionnel en santé mentale qui soit entraîné et comprenne le TPB.

Cette même étude met en évidence le besoin d'améliorer le processus d'évaluation et de diagnostic, les patients décrivent le potentiel effet bénéfique de recevoir des options de traitements appropriés une fois le diagnostic établi, ce qui peut inclure le fait de référer le patient à un médecin spécialisé. Il est aussi souligné le désir de promouvoir une meilleure communication entre les différents acteurs du soin pour assurer la bonne continuité des soins.

Il est également suggéré d'augmenter le sentiment de sécurité du patient lorsque celui-ci se présente dans un service d'urgence pour crise. Certains patients décrivent que les services d'urgences ou de soins aigus ne véhiculent pas un sentiment de sécurité, les patients déclarent recevoir des jugements négatifs de la part des professionnels de santé mentale alors qu'ils traversent une crise, incluant aussi le sentiment d'être ignoré, honteux.

Les patients souhaiteraient bénéficier d'une offre de traitement élargie et accroître l'accès aux soins. Il est intéressant de constater que les besoins des patients ayant un TPB coïncident avec les difficultés de prise en charge exprimées par les psychiatres dans notre étude. Un accès à des formations plus approfondies concernant le TPB, ses traitements et sa prise en charge, ainsi que l'ouverture de structures adaptées seraient donc bénéfique à la fois pour le praticien mais également pour le patient.

Les résultats de l'étude de Black et al. de Mars 2011 montrent que les praticiens qui ont le plus d'expérience ont un meilleur sentiment de compétence et sont moins enclin à vouloir recevoir des formations sur la prise en charge et le traitement du TPB. Ces résultats contrastent avec les nôtres, ce que nous verrons dans la discussion.

2. Hypothèses

Nous avons émis plusieurs hypothèses concernant les résultats de ce questionnaire :

- Les psychiatres ayant le moins d'expérience seraient moins confiants que leurs confrères plus expérimentés.
- Les psychiatres ayant une activité hospitalière seraient plus confiants que leurs confrères à activité libérale unique.
- Les psychiatres prenant peu en charge les patients borderline seraient peu confiants.
- Les psychiatres prenant le plus en charge de patients borderline seraient plutôt confiants dans leur prise en charge.
- Les psychiatres ne faisant pas de psychothérapie seraient peu confiants dans leur prise en charge.
- Les psychiatres les plus expérimentés seraient moins enclin à traiter par médicaments.
- Les psychiatres les plus expérimentés redouteraient moins le côté impulsif des patients et le risque de passages à l'acte auto-agressifs (PAAA) ou de passages à l'acte hétéro-agressifs (PAHA).
- Les psychiatres prenant le plus en charge les patients borderline redouteraient moins le côté impulsif et le risque de PAAA ou PAHA.
- Les psychiatres libéraux donneraient moins de médicaments que les psychiatres hospitaliers (sur l'hypothèse que les patients seraient moins graves que ceux vus à l'hôpital).
- Les psychiatres s'estimant confiants dans leur prise en charge estimeraient ne pas avoir besoin de structures spécifiques.
- Les psychiatres ayant suivi une formation seraient plus confiants dans leur prise en charge.

B) Résultats de notre enquête

Un questionnaire de 16 questions a été adressé à 243 psychiatres de Haute-Garonne avec un retour de 85 réponses positives, soit une représentativité de réponses de 35% parmi le panel étudié.

Au 1er janvier 2021, 415 psychiatres adultes étaient recensés comme exerçant en Haute-Garonne, tout type d'activité confondue. 20,5% des psychiatres de Haute-Garonne ont donc répondu au questionnaire. (50)

Une majorité de femmes psychiatres ont répondu au questionnaire, elles représentent 69,9% des réponses. En Haute-Garonne, le taux de féminisation des psychiatres est de 60%. Notre échantillon est représentatif concernant le sexe des psychiatres ayant répondu. (51)

Figure 1 : Répartition des réponses selon le sexe.



La majorité des psychiatres ayant répondu au questionnaire ont plus de 10 ans de pratique, en effet, 47,5% d'entre eux déclarent avoir plus de 10 ans d'expérience clinique.

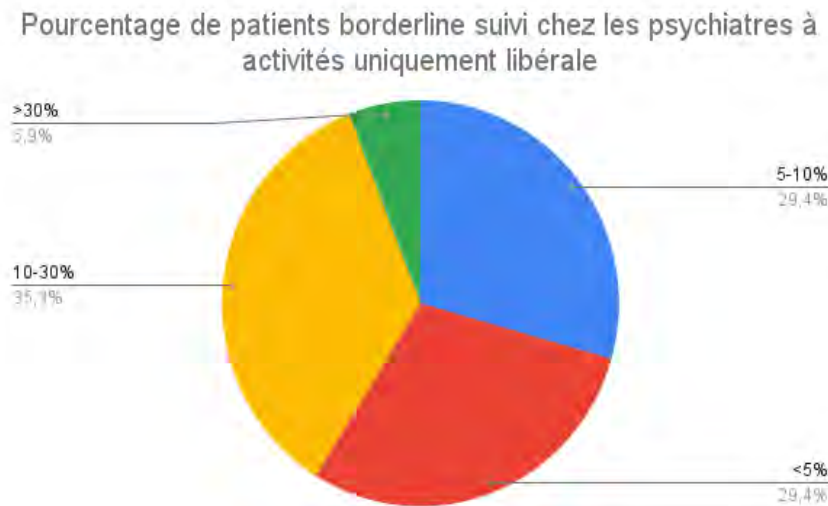
Figure 2 : Nombres d'années d'exercice.



Sur les 83 psychiatres ayant répondu à l'item concernant leur type d'exercice, 17 exercent uniquement en libéral (soit 20%), 16 ont un exercice mixte libéral/salarié (soit 19%), et 50 ont un exercice uniquement salarié public ou privé (soit 60%). Parmi les statistiques au niveau départemental, le pourcentage de psychiatres exerçant en libéral exclusif est plus élevé que le nôtre car 41% des psychiatres exerçaient en libéral uniquement en 2020. Nos résultats changent des statistiques départementales concernant les psychiatres ayant une activité mixte libérale/salariée car seulement 14% des psychiatres ont cette double activité en Haute-Garonne en 2020. Cela peut s'expliquer par la prédominance de structures privées en Haute-Garonne facilitant l'accès au secteur privé et donc au salariat. (51) Le nombre de psychiatres uniquement salarié est différent au niveau départemental en 2020 que dans notre population puisqu'il est de 44% en Haute-Garonne.

Parmi le mode d'exercice libéral unique (n=17), plus de la moitié des psychiatres a moins de 10% de patients borderline dans leur patientèle (soit 58,8% des psychiatres).

Figure 3 : Pourcentage de patients borderline suivis chez les psychiatres à activités uniquement libérale.



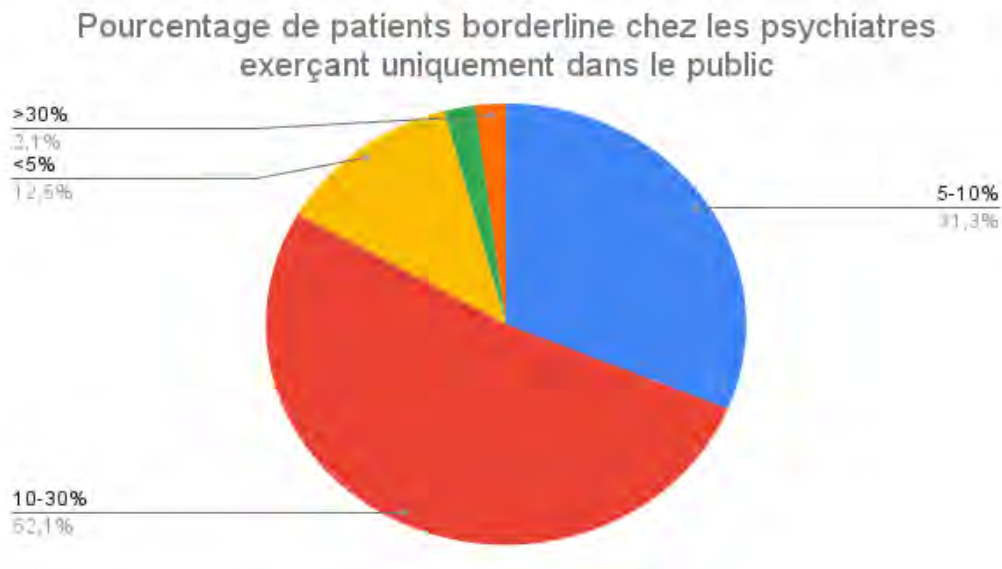
Parmi les 66 psychiatres ayant des modes d'exercice incluant un exercice hospitalier (salaarié), la moitié d'entre eux (n=33) a moins de 10% de patients borderline dans leur patientèle.

Figure 4 : Pourcentage de patients borderline chez les psychiatres ayant un exercice hospitalier.



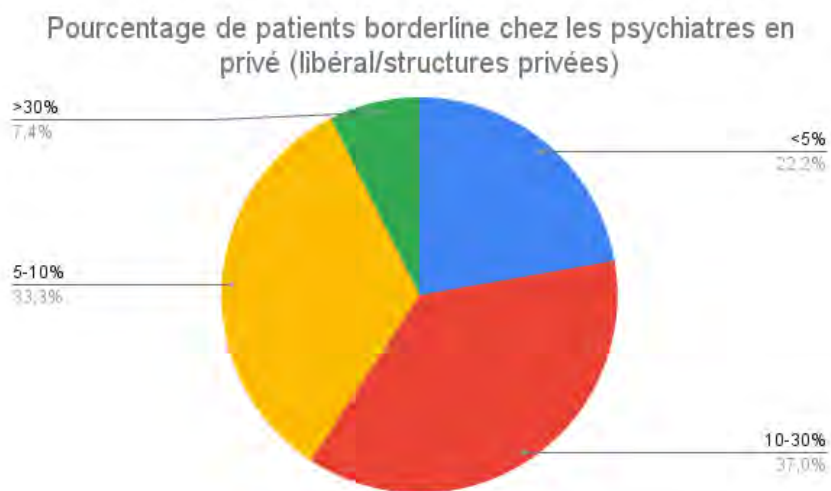
Dans notre étude, 48 psychiatres exercent uniquement en secteur public et 21 possèdent moins de 10% de patients borderline, soit 43,7% des psychiatres publics exclusifs.

Figure 5 : Pourcentage de patients borderline chez les psychiatres exerçant uniquement dans le public.



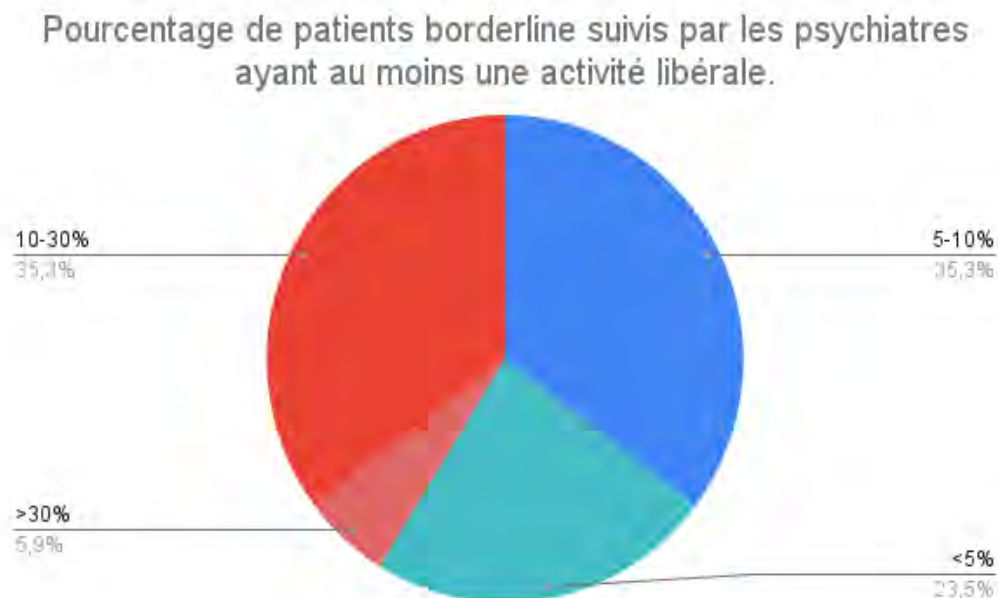
27 psychiatres exercent uniquement en privé (clinique ou libéral) et 14 d'entre eux ont moins de 10% de patients borderline, soit la moitié d'entre eux.

Figure 6 : Pourcentage de patients borderline chez les psychiatres en privé (libéral/structures privées)



32 psychiatres ont une activité libérale, soit exclusive, soit un mixte entre une activité libérale couplée à une activité hospitalière, ce qui correspond à 38,6% des psychiatres ayant répondu au questionnaire. Ce pourcentage diffère des statistiques nationales puisque seulement 12% des psychiatres en France ont un mode d'exercice mixte. Ces psychiatres avec une activité au moins libérale suivent moins de patients borderline que leurs confrères avec au moins une activité hospitalière. En effet 58,8% des psychiatres avec au moins une activité libérale ont moins de 10% de patients borderline dans leur patientèle contre 43,7% chez les psychiatres ayant au moins une activité hospitalière.

Figure 7 : Pourcentage de patients borderline suivis par les psychiatres ayant au moins une activité libérale.



Nous pouvons déjà faire un premier constat que quel que soit le mode d'exercice, libéral exclusif, privé exclusif (libéral et clinique privée), hospitalier exclusif (privé et public) ou mixte avec activité hospitalière (libéral/hospitalier), le pourcentage de patients borderline semble équitablement réparti, avec une légère prédominance de patients borderline chez les psychiatres exerçant uniquement à l'hôpital public contrairement aux libéraux qui possèdent légèrement moins de patients borderline dans leur patientèle.

Tableau 2 : Répartition des patients borderline selon le(s) type(s) d'exercice(s) des psychiatres

	Libéral exclusif	Hospitalier public exclusif	Avec activité hospitalière (libéral + hospitalier privé ou public)	Privé exclusif (libéral et clinique privée)	Avec activité libérale (libéral exclusif + libéral et hospitalier)
Nombre de psychiatres	17	48	66	27	32
Pourcentage de psychiatres ayant <10% de patients borderline	58,8	43,7	50	51,8	58,8

a. Facteurs associés à la confiance dans la prise en charge

Nous avons également étudié à l'aide d'une régression logistique, les facteurs associés au fait d'être confiant concernant la prise en charge des patients borderline.

Les facteurs associés significativement avec le fait de ne pas se sentir en confiance sont :

- le type d'exercice avec un odd ratio de presque 4 si le type d'exercice est privé.
- le pourcentage de patients borderline dans la patientèle est inversement associé au risque de ne pas se sentir en confiance, autrement dit, plus les psychiatres ont des patients borderline dans leur patientèle, plus ils se sentent confiant dans leur prise en charge.
- le fait d'avoir une pratique de psychothérapie est inversement associé au fait de ne pas se sentir en confiance.

Concernant les facteurs "pourcentage de patients borderline" et "avoir une pratique en psychothérapie", les odd ratios (OR) sont faibles. Les résultats sont plus saillants concernant le mode d'exercice.

38 psychiatres interrogés (soit 45,3% des psychiatres) exercent depuis moins de 10 ans et 24 sont confiants dans la prise en charge des patients borderline, soit 63% d'entre eux. 36,8% s'estiment plutôt pas confiants.

46 psychiatres exercent depuis plus de 10 ans dont 24 se déclarent confiants dans la prise en charge des patients borderline, soit 52% d'entre eux.

Il semblerait que les psychiatres plus jeunes soient plus confiants dans la prise en charge de ce type de patients. Nous verrons dans la discussion les hypothèses pouvant expliquer ce résultat.

Figure 8 : Niveau de confiance chez les psychiatres exerçant depuis moins de 10 ans.



Figure 9 : Niveau de confiance chez les psychiatres exerçant depuis plus de 10 ans.



82,1% des psychiatres déclarent faire de la psychothérapie dans leur exercice clinique, cependant seulement 12% d'entre eux ont été formés à l'une des 4 formes de psychothérapies recommandées dans la prise en charge des patients borderline et uniquement 3,6% d'entre eux l'appliquent dans leur pratique clinique.

b. Problématiques dans la prise en charge des borderline

Liées aux structures de soins :

Concernant les problématiques mettant en difficulté les psychiatres lors de la prise en charge des patients borderline, le problème majeur soulevé par 65% des psychiatres semble être le manque de ressources et de structures adaptées à la prise en charge de ces patients.

Liées à la pathologie en elle-même :

Viennent ensuite les difficultés rencontrées en lien avec le patient (risque médico-légal, tentatives de suicide itératives, risque de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, impulsivité, scarifications...) pour 51% des psychiatres.

Liées aux manques de recommandations internationales :

26,5% relèvent un manque de recommandations concernant la prise en charge de ce trouble.

Liées au thérapeute :

14,4% des psychiatres déclarent ne pas faire de psychothérapie. 12% sont découragés par le mauvais pronostic de leurs patients et 12% expriment des difficultés à faire respecter le cadre thérapeutique aussi bien aux patients qu'à leur famille. 5% expriment des difficultés personnelles au thérapeute (être dépassé émotionnellement, manquer de créneaux de consultations d'urgence, patients chronophages et énergivores).

c. Habitudes de prescriptions médicamenteuses

Concernant la prescription de médicaments, bien qu'aucune recommandation ne préconise leur prescription, les psychiatres prescrivent à l'unanimité des psychotropes. Les plus prescrits sont les antidépresseurs (81,9%), suivis de près par les antipsychotiques (79,5%). Viennent ensuite les prescriptions de thymo-régulateurs à 47% et les benzodiazépines à 42,2%. Nous verrons dans la discussion que malgré l'absence d'AMM concernant la prescription de ces classes médicamenteuses, certaines peuvent avoir un réel intérêt en cas de comorbidités ou à visée anti-impulsive.

Tableau 3 : Pourcentage de psychotropes prescrits chez les patients borderline, regroupés par grandes classes pharmaceutiques.

Anti-dépresseurs	Antipsychotiques	Thymorégulateurs	Benzodiazépines
81,90%	79,50%	47,00%	42,20%

d. Annonce diagnostic

78,6% des psychiatres interrogés déclarent délivrer le diagnostic à leur patient. Il semblerait que les freins à l'annonce du diagnostic soient la crainte de la stigmatisation du patient (50%) et le doute du praticien concernant le diagnostic (33,3%). 19% des psychiatres ne délivrent que parfois le diagnostic et seulement 2,6% des psychiatres disent ne jamais le délivrer.

e. Les besoins des psychiatres

Bien que 57,2% des psychiatres interrogés se déclarent confiants dans la prise en charge des patients borderline, 89,2% souhaiteraient une formation plus approfondie concernant le trouble et 85,7% souhaiteraient la création de structures spécifiques d'appui et de soutien pour recevoir ce type de patients. Tous les modes de formation seraient les bienvenus puisque 70,4% sont prêts à participer à des ateliers/conférences/séminaires et 69,1% seraient en faveur d'une formation spécifique sur le trouble de la personnalité borderline. La supervision semble être aussi un moyen apprécié de partage des connaissances puisque 45,7% des psychiatres interrogés y sont favorables.

III- DISCUSSION

Nous pouvons constater que les résultats retrouvés dans la majorité de la littérature coïncide avec nos résultats, ce que nous retrouvons également concernant les difficultés rencontrées par les psychiatres dans la prise en charge des patients borderline.

Cependant certains résultats diffèrent. En effet dans notre étude nous avons montré que les psychiatres ayant moins d'années d'exercice étaient plus confiants que les psychiatres plus expérimentés. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que le trouble borderline a beaucoup été étudié ces dernières années et que les connaissances concernant la prise en charge la plus adaptée ainsi que les psychothérapies adéquates sont mieux connues et sont apprises très tôt dans l'apprentissage de la psychiatrie. Cependant l'étude de Black et al (52) présente des résultats contraires aux nôtres en montrant que les praticiens les plus expérimentés avaient un meilleur sentiment de compétence et de ce fait moins besoin de formations, ce que nous pouvons expliquer par l'acquisition d'une expérience forte au fur-et-à-mesure des années possiblement due au fait d'une multiplicité des patients rencontrés et d'une consolidation des apprentissages peut-être plus fragiles chez les psychiatres plus jeunes.

Les résultats de notre étude contrastent également avec les résultats de l'étude de Sisti et al de 2016 (53) puisque notre étude montre qu'une majorité de psychiatres pose le diagnostic de TPB tandis que dans leur étude ils montrent que la majorité ne pose pas le diagnostic du fait d'une incertitude concernant le diagnostic et d'une crainte de stigmatisation des patients une fois le diagnostic posé.

L'étude de Keroghlian et al de 2016 (54) montre que les psychiatres formés au GPM durant une journée sont moins enclin à éviter la prise en charge des patients borderline, sont plus optimistes concernant leur pronostic et ont un sentiment de compétence plus grand concernant la prise en charge de ces patients. Cette étude montre également qu'une faible expérience clinique est corrélée à un sentiment de compétence majoré après une journée de formation au GPM. Ces résultats sont intéressants à prendre en compte dans notre étude. En effet, dans notre étude la majorité des participants se dit confiante dans la prise en charge des patients borderline bien que la majorité des psychiatres n'est pas formée aux psychothérapies spécifiques du TPB et que la majorité des praticiens est également en demande de formation concernant ce trouble. Ce qui nous amène à penser qu'une formation aux psychothérapies permettrait aux psychiatres d'accroître encore plus leur sentiment de compétence et que le sentiment de difficultés rencontré avec ces patients serait moins important.

IV- CONCLUSION

Notre étude montre que, bien que la majorité des psychiatres de Haute-Garonne se dit confiante dans la prise en charge des patients borderline, peu sont formés à une des quatre psychothérapies recommandées dans la prise en charge de ce trouble.

De plus, bien qu'aucune recommandation concernant la prescription médicamenteuse n'existe, quasiment tout les psychiatres prescrivent des traitements psychotropes, généralement à visée symptomatique.

La très grande majorité des psychiatres serait en demande de formations approfondies sur la prise en charge du trouble de la personnalité borderline, quel que soit le format de la formation. De plus la majorité serait en demande de la création de structures adaptées à la prise en charge des patients borderline. En effet nous avons vu que ces patients se mettent régulièrement en danger et se retrouvent souvent aux urgences mais que l'hospitalisation n'est pas recommandée dans leur prise en charge. La création de structures appropriées pourrait soulager les psychiatres soucieux des multiples passages à l'acte de leurs patients.

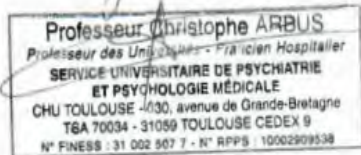
Cependant, il faut garder en tête que nous avons probablement un biais de sélection concernant les réponses au questionnaire. En effet, les psychiatres qui ne connaissent pas ou peu le trouble, ou qui ne le traitent pas n'ont peut-être pas répondu.

De plus la majorité des psychiatres ayant répondu au questionnaire sont des psychiatres avec une activité de salariat, ce qui n'est pas représentatif des psychiatres de Haute-Garonne puisque comme vu ci-dessus la majorité des psychiatres de Haute-Garonne exercent uniquement en libéral. On peut faire l'hypothèse que ce biais est en lien avec l'intérêt des psychiatres hospitaliers qui pourrait être plus fort pour les patients borderline, en s'appuyant sur le fait qu'ils sont plus exposés à leur prise en charge en particulier en situation de crise. On peut également faire l'hypothèse que les psychiatres hospitaliers sont plus en lien avec le milieu universitaire et qu'ils seraient peut-être plus enclin à répondre à ce type de questionnaire.

Bien que ce biais existe, il n'est pas important concernant le résultat de notre étude car ceux sont les psychiatres hospitaliers qui selon nos résultats, prennent le plus en charge les patients borderline. En effet les psychiatres les plus concernés par les patients borderline sont sans doute ceux ayant majoritairement répondu au questionnaire, leurs réponses ont donc une importance car ils sont régulièrement en lien avec les patients borderline. Si un dispositif spécialisé était créé avec pour objectifs des traitements spécifiques, de la formation et de la communication autour du TPB, peut-être que les autres psychiatres (ceux n'ayant pas répondu au questionnaire) seraient sensibilisés et pourraient éventuellement modifier leurs pratiques concernant ce trouble.

En nous basant sur les modèles de prise en charge déjà existant en Amérique du Nord ou également chez nos confrères suisses ou Montpelliérains, nous pourrions grandement améliorer la prise en charge des patients borderline ainsi que le confort et la sérénité des psychiatres sur le territoire de Haute-Garonne.

*Vu le président
du jury - le 10/02/22*



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



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Barr KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Using peer workers with lived experience to support the treatment of borderline personality disorder: a qualitative study of consumer, carer and clinician perspectives. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*. 2020; ; 7: 20.
2. CASES, Cécile, 2019. Evaluation de la pertinence de l'orientation des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline en aval d'un passage aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse. Thèse de doctorat. Médecine spécialité psychiatrie. Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier
3. Oumaya M, Friedman S, Pham A et al. Borderline Personality Disorder, Self-Mutilation and Suicide : Literature Review. *Encéphale*. 2008 Oct;34(5):452-8
4. F. Leichsenring et al., « Borderline personality disorder », *Lancet*, 2011
5. Russell I, Winchendon MD, Mass: *The borderland of insanity*. 1884:16 p.
6. Chaine F et Guelfi JD. États limites. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-395-A-10, 1999, 10 p.
7. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2012, 196, no 7, 1349-1360, séance du 16 octobre 2012
8. DSM-III:diagnostic and statistical manual of mental disorders american psychiatric association 1980.494p.
9. DSM-IV:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 1994.886p.
10. DSM-V:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 2013.991p.
11. CIM-10.classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. Dixième édition.1993.328p.
12. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*.2018;4:18029.
13. Prada Paco, 2019. Trouble de personnalité borderline : difficultés et bonnes pratiques cliniques [diaporama]. Genève : Hôpitaux Universitaire

14. NICE, 2009. Borderline personality disorder: recognition and management. 30P
15. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. In: APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: American Psychiatric Association; 2006
16. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand.*2014;130(3):205-13.
17. Paris J. Pharmacological treatments for personality disorders. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.*2011;23(3):303-9.
18. J OLDHAM et al., Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, American Psychiatric Association, 2001
19. J OLDHAM, Guideline watch : Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder., American Psychiatric Association., 2005
20. JM Stoffers, BA Völlm, G Rücker, A Timmer, N Huband et K. Lieb, « Psychological therapies for people with borderline personality disorder. », *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012 aug 15;8
21. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* Guilford Press; 1993. 584 p.
22. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry.*1989;30(1):18-25.
23. MF Lenzenweger et al., « DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Biological Psychiatry*, 2007
24. Yeow MT, Christopher WL, Lynn AE. Schema therapy for Borderline Personality Disorder : A qualitative study of patients perceptions. *PloS One.* 2018 Nov 21;13(11):e0206039
25. Barry LS, Franck Y. *The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder : A Introduction to Transference-Focused Therapy.* The Psychiatric Clinics of North America. 2018 Jun;41(2):207-223
26. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry.* 2013 Sep;203(3):221-7

27. Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-based treatments for borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. Sep-Oct 2016;24(5):342-56
28. Milton AC, Mullan BA. A qualitative exploration of service users' information needs and preferences when receiving a serious mental health diagnosis. *Community Ment Health J*. 2015;51(4):459–66.
29. Lammers J, Happell B. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: a perspective from Victoria. *Australia Issues Ment Health Nurs*. 2004;25(3):261–76.
30. Stomski NJ, Morrison P. Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *Int J Ment Heal Syst*. 2017;11(1):67.
31. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand*.2014;130(3):205-13.
32. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827-37.
33. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder : Current status and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018 Dec;41(4):583-593
34. Lamont E, Dickens G. Mental health services, care provision and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder : systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *Journal of Mental Health*. 2021 Oct;30(5):619-633
35. Lawn S, McMahon J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(7): 510–21.
36. Morris C, Smith I, Alwin N. Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. *J Ment Health*. 2014;23(5):251–5
37. Lawn S, McMahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(4): 234–43.
38. Dunne E, Rogers B. “It’s us that have to deal with it seven days a week”: Carers and borderline personality disorder. *Community Ment Health J*. 2013; 49(6):643–8.

39. Acres K, Loughhead M, Procter N. Carer perspectives of people diagnosed with borderline personality disorder: a scoping review of emergency care responses. *Australas Emerg Care*. 2019;22(1):34–41.
40. Goodwin V, Happell B. Consumer and carer participation in mental health care: the carer's perspective: part 2—barriers to effective and genuine participation. *Issues Ment Health Nurs*. 2007;28(6):625–38.
41. Brennan A, Warren N, Peterson V, Hollander Y, Boscarato K, Lee S. Collaboration in crisis: Carer perspectives on police and mental health professional's responses to mental health crises. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25(5):452–61.
42. Olasoji M, Maude P, McCauley K. Not sick enough: experiences of carers of people with mental illness negotiating care for their relatives with mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(6):403–11.
43. Mortimer-Jones S, Morrison P, Munib A. Recovery and borderline personality disorder : a descriptive of the innovative Open Borders Program. *Issues in mental health nursing*. 2016 Sep;37(9):624-630
44. The Borderline Personality Disorder Resource Center. Promoting BPD education and connecting people to resources. 2015. Available at <http://www.bpdresourcecenter.org/> Accessed December 1, 2015
45. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*. 2005; 44:217–225.
46. CAMH. Groupe de soutien psycho-éducatif pour la famille et les amis des personnes atteintes de TPL. [En ligne]. 2022. [Groupe de soutien psychoéducatif pour la famille et les amis des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite | CAMH](#)
47. Prada P, Guenot F, Charbon P et al. Thérapies actuelles du trouble de la personnalité borderline. *Revue Médicale Suisse*. 2015 Septembre 16 ; 11 : 1686-90
48. Marianne E. Bourke a & Brin F. S. Grenyer , Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*. 2010
49. Barr KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Using peer workers with lived experience to support the treatment of borderline personality disorder: a qualitative study of consumer, carer and

clinician perspectives. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*. 2020 ;
; 7 : 20.

50. ARS Occitanie. (17/11/2021). Parcours santé mentale, en ligne. https://prs_occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_sante_mentale.pdf
51. Profil médecins. Chiffres clés : Psychiatre. [En ligne]. 2022. Chiffres clés : Psychiatre | Profil Médecin (profilmedecin.fr)
52. Black D, Pfohl B, Blum N et al. Attitudes toward borderline personality disorder : a survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*. 2011 March 11 ; 16:3-66
53. Sisti D, Segal A, Siegel A and al. Dignosising, disclosing and documenting borderline personality disorder : a survey of psychiatrists'practices. *Journal of Personality Disorders*. 2016 Dec;30(6):848-856
54. Keuroghlian A, Palmer B, Choi-Kain and al. The Effect of Attending Good Psychiatric Management Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2016 Aug; 30(4):567-76

Questionnaire :

Difficultés rencontrées par les psychiatres de Haute-Garonne dans la prise en charge des patients avec un trouble de la personnalité borderline.

1. Vous-êtes ?
 - un homme
 - une femme

2. De quelle tranche d'âge faites-vous partie ?
 - 25-29 ans
 - 30-39 ans
 - 40-49 ans
 - 50-59 ans
 - 60-69 ans
 - ≥ 70 ans

3. Quel est votre mode d'exercice professionnel ? (Plusieurs réponses possibles)
 - essentiellement des remplacements
 - cabinet libéral (sans autres professionnels de santé mentale dans les mêmes locaux)
 - cabinet libéral (avec autres professionnels de santé mentale)
 - dans une maison médicale pluridisciplinaire
 - dans un centre de santé
 - en hôpital public
 - en clinique privée
 - autres : précisez

4. Avez-vous suivi des formations complémentaires (DU, DIU, autres formations) durant votre internat et post-internat ?
 - non
 - oui
 - si oui lesquelles ?

5. Dans quel type de milieu exercez-vous ?
 - rural
 - semi-rural
 - urbain
 - autres : précisez

6. Avez-vous déjà suivi une formation sur le trouble de la personnalité borderline ?
 - oui
 - non

7. Quel pourcentage approximatif de patients borderline suivez-vous ?
 - <5%
 - 5-10%
 - 10-30%
 - >30%

- 8.** Seriez-vous intéressé à participer à un atelier/conférence/séminaire/formation sur le trouble de la personnalité borderline ?
- oui
 - non
 - pourquoi pas
- 9.** Quels principaux problèmes rencontrez-vous lors de la prise en charge des patients borderline ? (Plusieurs réponses possibles).
- j'ai des difficultés à poser le diagnostic
 - je me retrouve face à un manque de ressources ou structures pouvant m'aider dans la prise en charge
 - je manque de confiance en moi pour prendre en charge ce type de patient
 - j'ai des idées négatives concernant ce type de patient
 - je manque de formation théorique et/ou pratique concernant ces patients
 - je ne suis pas formé aux psychothérapies
 - je suis soucieux du risque médico-légal devant l'impulsivité/dangerosité de ces patients
 - je connais la théorie mais il y a un écart bien trop important avec la pratique qui me met en difficulté
 - il manque de traitement pharmacologique pour cette pathologie
- 10.** Comment vous sentez-vous face à la prise en charge de patients borderline ?
- très confiant
 - plutôt confiant
 - plutôt pas confiant
 - pas confiant du tout
- 11.** Pensez-vous avoir besoin d'une formation plus approfondie concernant ce trouble ?
- oui
 - non
- 12.** Connaissez-vous le réseau de soins permettant de prendre en charge ce type de patient ?
- oui
 - moyennement
 - non
- 13.** Pensez-vous qu'il faudrait créer des structures supplémentaires capables d'accueillir et de traiter ce type de patients ?
- non
 - pourquoi pas
 - oui

ENQUÊTE CONCERNANT LES PRATIQUES DES PSYCHIATRES DE HAUTE-GARONNE EN CE QUI CONCERNE LES PATIENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Le but de cette thèse est de s'intéresser à la pratique clinique des psychiatres de Haute-Garonne concernant la prise en charge des patients borderline. Cette étude s'appuie sur un questionnaire dont les réponses seront ensuite analysées de façon descriptive afin de mieux nous renseigner sur la prise en charge sur le département de ces patients réputés difficiles et bien trop souvent stigmatisés. Cette étude met également en lumière les besoins des psychiatres tant sur le plan de la formation concernant le trouble borderline que sur la création de structures de prise en charge adaptées.

TITRE EN ANGLAIS: Survey about the practices of psychiatrists in Haute-Garonne regarding patients with a borderline personality disorder.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS:

The aim of this thesis is to focus on the clinical practice of psychiatrists in Haute-Garonne concerning the management of borderline patients. This study is based on a questionnaire, the answers to which will then be analyzed descriptively in order to better inform us about the department's management of these patients who are reputed to be difficult and all too often stigmatized. This study also highlights the needs of psychiatrists both in terms of training on borderline personality disorder and the creation of appropriate care structures.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Trouble de la personnalité borderline ; trouble de la personnalité ; psychiatres ; cliniciens ; questionnaire ; étude ; stigmatisation ; psychothérapie ; traitement ; médicaments

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Anjali MATHUR
