

Trouble de la personnalité borderline et médecine d'urgence

A. ANDREOLI¹, P. OHLENDORF², A. VENTURINI³

Résumé

Le patient avec trouble de la personnalité borderline est le prototype même de la crise émotionnelle et de la crise de vie vues aux urgences. Explosif, excessif et passionné le patient borderline vient dans nos services pour une rupture sentimentale, une conduite auto-dommageable ou à risque, mais aussi parce qu'il cherche une voie d'issue à la dépression, ou à la prison de sa personnalité. Lorsqu'il est adolescent, les crises familiales ou les difficultés scolaires aiguës motivées par ses conduites transgressives et incontrôlables jouent un rôle très important dans son arrivée à l'hôpital. Tout cela s'accompagne de difficultés sociales qui seront aggravées par la crise et ainsi de suite dans un véritable cercle vicieux. Plus important encore, le trouble de la personnalité borderline vu aux urgences encourt souvent une issue clinique tragique (suicide), en particulier si ce risque est accentué par la morbidité du trouble de la personnalité avec dépression récurrente, trouble bipolaire, maltraitance/abus dans l'enfance, ou dans la vie actuelle, trouble alimentaire ou dépendance des substances psychoactives. Ayant de la peine à faire confiance ou alliance avec le médecin et les soignants, et surtout à suivre leurs conseils et prescriptions, ce patient impose aux services un lourd tribut d'hospitalisation et de ruptures de traitement, aux

1. Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatriques, HUG, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse. Tél. : 00 (4) 12 23 72 38 66. Fax : 00 (4) 12 23 72 85 99.

E-mail : antonio.andreoli@hcuge.ch

2. Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatriques, HUG, 24 rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse. Tél. : 00 (4) 12 23 72 38 66. Fax : 00 (4) 12 23 72 85 99.

E-mail : pilar.ohlendorf@hcuge.ch

3. Unité de crise pour adolescents, 51, boulevard de la Cluse 1205 Genève, Suisse.

Tél. : 00 (4) 12 23 82 48 58. Fax : 00 (4) 12 23 82 48 59. E-mail : aurora.venturini@hcuge.ch

lourdes conséquences. La crise borderline fait donc appel à une sanction de traitement immédiat et requiert, en aval de l'urgence, un suivi médical et une aide sociale structurés. À long terme, le trouble évolue généralement bien, si le patient survit à sa crise, et s'il est bien suivi, s'agissant fondamentalement d'un mode de réaction émotionnel dont le seuil est transitoirement abaissé par les traumatismes affectifs. Chez une minorité significative de patients borderline le trouble est cependant stable, et requiert des soins continus, pendant toute la durée de vie. L'hospitalisation n'aide pas ces patients et seule la psychothérapie vient à bout de leur comportement imprévisible. Le patient borderline est donc important, parce que la qualité humaine des pratiques d'urgence le concernant donne la mesure du savoir-faire d'une équipe donnée au niveau de l'accueil du patient psychiatrique en général. En médecine d'urgence, le trouble borderline doit donc être dépisté, diagnostiqué, pris en charge, traité et orienté vers le traitement aigu avec beaucoup de soins et d'après des critères fiables et spécifiques que nous discuterons.

Mots-clés : trouble de la personnalité, médecine d'urgence, crise, processus de décision, hospitalisation.

1. Introduction

Considéré longtemps comme une condition clinique insaisissable et peu accessible au traitement médical, le trouble de la personnalité borderline suscite un intérêt grandissant depuis que son diagnostic peut se valoir de méthodes d'évaluation fiables (1, 2). Cliniciens et chercheurs envisagent actuellement ce désordre, et ses complications aiguës, comme un problème majeur de politique de soins (3). Dans des populations psychiatriques où les troubles aigus, polymorphes et transitoires sont désormais très largement dominants (4), le patient borderline se taille une place clinique de choix et sa prévalence atteint des proportions très importantes (voir plus loin). Simultanément, des nouveaux traitements ont été mis au point qui ont fait preuve d'efficacité et d'efficience dans le cadre de nombreux essais cliniques contrôlés (5-8). Les résultats de ces recherches ont transformé l'approche thérapeutique du trouble de la personnalité borderline et ont permis de développer des guides structurés de décision clinique ayant un grand intérêt aux urgences (9). Pour l'essentiel, ces nouvelles données indiquent que : a) le traitement aigu est le maillon crucial de la prise en charge du patient borderline, b) les processus de décision et les modalités d'accueil et de traitement en urgence ont une importance considérable pour le devenir de ces sujets lourdement chargés par des facteurs de risque (ibidem). Les médecins et les soignants des urgences ne pouvant plus ignorer le trouble de la personnalité borderline, ce travail se propose de réaliser une revue critique des principales sources bibliographiques et questions de politique de soins qui ont un relief significatif pour la pratique du patient borderline en urgence. Pour ce faire, nous allons présenter, en succession, un résumé critique des connaissances diagnosti-

ques, épidémiologiques et étiopathogénétiques et des modalités de prise en charge du patient borderline qui sont importants pour ce type de pratique.

2. Ce qu'il convient de connaître du trouble de la personnalité borderline lorsqu'on aborde le patient psychiatrique aux urgences

2.1. Nosographie et diagnostic

La figure nosographique « personnalité borderline » (appelée aussi chez les francophones cas limite ou trouble de la personnalité limite) a été mise en valeur, aux États-Unis, pour freiner l'emploi abusif du diagnostic de schizophrénie et l'interprétation déféctologique de la notion de psychose (3). Dans une psychiatrie fondamentalement hospitalière, les patients borderline se différenciaient en fait des sujets souffrant de troubles psychotiques par le caractère transitoire et réversible de leurs symptômes, par une très grande sensibilité et ouverture à la relation, ainsi que par un pronostic plus favorable et une meilleure réponse aux soins. Ils se distinguaient également des autres patients des asiles par leur intolérance à la régression et la difficulté d'accepter les règles excessivement rigides de ce type de milieux hospitaliers. Dans le contexte d'une psychiatrie plus largement ouverte sur l'ambulatoire les études de suivi allaient cependant montrer, à partir des années 1970 (8), que : a) ces patients n'évoluent jamais en psychose (il s'agit donc de ne pas trop craindre cette complication) et b) leur devenir à long terme apparente leur trouble de la personnalité aux troubles de l'humeur. Sur la base de ces nouvelles connaissances, le manuel statistique et diagnostic américain, 11^e édition (DSM III) (1) sépara définitivement le trouble de la personnalité borderline des troubles de la personnalité apparentes aux troubles psychotiques (Cluster A) et l'intégra par contre aux désordres de la personnalité se manifestant prioritairement par une difficulté dans le domaine du contrôle de la vie émotionnelle et l'exagération des réactions affective (Cluster B ou flamboyant).

Le premier prototype borderline DSM comptait 8 critères dont cinq au moins devaient être présents pour qu'un diagnostic définitif soit retenu (intolérance à l'abandon, confusion d'identité, instabilité, impulsivité, tendances suicidaires, sentiment de vide, conduites auto-dommageables et éclats de rage non appropriés). Un neuvième critère, symptômes psychotiques transitoires, a été introduit lors de la quatrième édition du DSM (9), sans modification du cut-off diagnostique. La catégorie diagnostique recouvre, en de mots simples, des éternels adolescents marqués par le caractère paroxystique de leurs réactions émotionnelles face au trauma de la perte ou de la séparation, et constitue de ce fait un corrélat très fréquent des traumas et des états d'agitation les plus divers, des abus de toute sorte ou de la marginalité et des conflits sociaux, et enfin des crises suicidaires qui affluent dans nos services et dont les difficultés de prise en charge nous interpellent de plus en plus.

2.2. Épidémiologie

Dans la population générale, le trouble de la personnalité borderline est très fréquent, sa prévalence sur la durée de vie avoisinant 1,5 % (10), avec une très nette sur-représentation dans le sexe féminin (80 %). La prévalence est plus élevée dans les populations psychiatriques (12,5 % à un tiers des patients selon les critères choisis pour sa définition) et plus encore chez des patients vus pour dépression ou troubles de l'humeur (40 % à 60 %) et troubles anxieux ou liés au stress (11). Comme ces troubles constituent la très grande majorité des patients vus aux urgences par un psychiatre, on estime qu'environ un quart à un tiers de patients psychiatriques vus aux urgences remplissent les critères diagnostiques DSM pour ce désordre. Des nombreux travaux ont également rapporté des prévalences élevées de sujets borderline au niveau de la traumatologie chirurgicale d'urgence et des consultations gynécologiques urgentes (11). Des proportions encore plus élevées ont été observées dans des sous-groupes de patients à risque : 60 % des patients admis aux urgences pour tentative de suicide par abus de médicaments remplissaient les critères pour ce trouble à l'interview standardisée IPDE (International Personality Disorder Examination) (2). La vie dans notre société ayant beaucoup changé et étant devenue plus difficile pour les personnes instables et impulsives en quête d'identité, certains auteurs parlent actuellement d'une épidémie borderline (12, 13). Autrefois recouvert par la simplicité et l'isolement de la vie à la campagne, à la montagne ou aux colonies, encadré par la solidarité de groupe à l'usine, ou cantonné dans les cours des miracles, la vie monastique ou la légion, le trouble émergerait comme problème clinique et serait poussé vers la voie finale commune du système d'urgence (12).

Des risques élevés et spécifiques sont présents chez les sujets avec diagnostic de trouble de la personnalité borderline (5, 11), en particulier dans le domaine des comportements suicidaires (10 % de ces sujets meurent par suicide, ce qui donne un ratio de 5 000/1 par rapport à la population générale) et auto-dommageables (lésions auto-infligées ou accidents de la circulation), de la violence hétéro-dirigée, de l'abus/dépendance de substances, le développement de troubles de l'humeur, les difficultés de la maternité et de la vie sentimentale, les troubles de l'adolescence, l'adaptation au travail. Le trouble de la personnalité borderline est aussi important en ce qu'il confère une couleur clinique et des risques spécifiques à d'autres troubles mentaux bien représentés aux urgences (11). Ainsi la dépression (12) et les troubles affectifs, sont caractérisés, en présence de cette co-morbidité, par moins d'observance, plus de résistance au traitement, plus de complications cliniques, plus de conflits sociaux et de non adaptation au travail (14), plus de démêlés avec la justice et finalement des coûts de traitement et de santé beaucoup plus élevés (15).

Les études de suivi à long terme ont montré que le trouble de la personnalité borderline s'améliore dans le temps (16-18). Une majorité de patients graves, ayant requis des traitements hospitaliers prolongés au cours de leur adolescence ou de leur jeune âge, étaient en fait en rémission vers la quarantaine ou 10 à 20 ans plus tard (16, 17). À remarquer également qu'une très nette majorité de

patients qui ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline ne remplissent plus les critères diagnostiques correspondants quelques années plus tard (18). Ces données ont changé notre vision du traitement, qui n'est plus centré sur la transformation de la personnalité mais sur le traitement de la crise, la prévention du suicide et un meilleur contrôle des traits de caractère responsables des difficultés relationnelles et sociales (9). Dans des cohortes de constitution plus récente, l'évolution observée est nettement meilleure en termes de suicidalité (2 à 3 % à 10 ans) et rémission du trouble (19). Ces changements marquent les progrès de ce domaine clinique, notamment en termes d'efficacité des traitements (9) et de cohérence des politiques de soins (8), mais traduisent également les modes d'évolutions distincts du trouble borderline vu à l'hôpital général ou en milieu ambulatoire par rapport au trouble borderline vu en milieu psychiatrique hospitalier (18).

2.3. Étiopathogénèse

La genèse du trouble de la personnalité borderline nous renvoie à plusieurs racines étiopathogénétiques indépendantes (12) : l'anomalie du développement psychologique, le trouble de l'humeur, la maladie neurologique, les changements socioculturels (3, 12). On ignore d'autre part si la co-occurrence de ces éléments hétérogènes est à mettre sur le compte du hasard ou d'un lien de co-morbidité plus structuré (8). Pour comprendre et soigner correctement ces patients il est cependant important d'avoir bien clair que les divers ingrédients du trouble borderline sont mélangés à des degrés différents chez les divers patients, et que ce trouble se présente de ce fait comme un ensemble de sous-syndromes distincts méritant chacun une approche spécifique (3, 13). Il existe d'abord un trouble du développement psychologique en rapport avec une perturbation des processus d'attachement (20) et cela expose le patient à des difficultés graves lors des ruptures et des séparations. En fait, il existe, chez ces patients, une sur-représentation de négligences, maltraitements et abus dans l'enfance (3) ainsi qu'une prévalence nettement accrue de trouble anxio-dissociatifs liés à des stress traumatiques actuels (13). Clinique de la dépression, clinique de l'anxiété et clinique de la dissociation sont donc très étroitement intriquées au niveau de ce véritable carrefour de la crise qu'est la clinique borderline. Il est par ailleurs indiscutable que ces patients présentent une instabilité caractéristique de l'humeur de type dysphonique ou intermittent, qui se signale dans une minorité de cas par la présence d'une co-morbidité bipolaire. Mais il apparaît également que l'impulsivité pathologique, le sentiment de vide et l'explosivité agressive de ces patients a des rapports avec une clinique épileptoïde (30 % de traces EEG pathologiques) (5) et donc avec des troubles neurophysiologiques. Enfin, le trouble est plus fréquent chez la femme, émerge à la puberté et s'aggrave au moment des règles, ce qui fait penser à un quatrième larron de type neuroendocrinien (5). En conclusion, le trouble dont le patient borderline souffre est l'exemple même de la complexité, de l'hétérogénéité et de la discontinuité de l'objet de la clinique psychiatrique. Le trouble borderline constitue d'un certain point de vue une autre version de l'hystérie, caractérisée par le trauma de l'attachement (20), la vulnérabilité narcissique et l'importance de la

problématique agressive (5). Hormis sa grave névrose, le borderline souffre cependant d'un trouble atypique de l'humeur : d'où toutes les difficultés qui surgissent lorsque l'on s'efforce de déclinier sa souffrance de façon unilatérale (12). Enfin ses difficultés au niveau de la régulation affective et de la programmation des conduites sont influencées dans une mesure variable par une impulsivité et des troubles neuropsychologiques faisant appel aussi à toute notre attention (7, 12). Cette vision étiopathogénétique a beaucoup influencé la conception actuelle du traitement et les soins en ouvrant la voie à une approche à la fois plus holistique et plus ciblée sur l'individualité unique de chaque cas clinique (13, 8).

3. Ce qu'il faut faire, et ne pas faire, aux urgences, avec les patients borderline

3.1. Étape I : identification du problème

Un diagnostic de trouble borderline doit être présumé chez des sujets adolescents, jeunes ou adultes jeunes avec problème de séparation, impulsivité et instabilité, en particulier en cas de tentative de suicide, idéation suicidaire grave, dépression, crise émotionnelle, crise de vie, violence familiale et victimisation.

3.2. Étape II : diagnostic et évaluation psychosociale

Contrairement à une opinion bien enracinée et difficile à éradiquer, il est possible de poser un diagnostic fiable de trouble de la personnalité borderline aux urgences. La passation des 9 critères DSM-IV requiert 10 minutes environ et peut servir de dépistage. Le diagnostic sera confirmé ensuite par les psychiatres seniors intervenants aux urgences. L'efficacité diagnostique va dépendre cependant de l'enseignement clinique reçu par les intervenants et de la culture diagnostique ambiante dans le domaine de choix. Dans notre service, où une attention particulière a été portée à ce problème, la fiabilité du dépistage du trouble borderline par des internes en formation s'est avérée satisfaisante lors d'évaluations périodiques en aveugle (coefficients de corrélation type 2 > .80). Une évaluation simple de la gravité de la dépression et de la suicidalité peuvent être effectuées respectivement : a) avec l'échelle de Hamilton (21) et les 9 items DSM-IV du critère A pour dépression majeure, b) l'item idéation suicidaire de l'échelle de Montgomery-Åsberg (22). Une fois ces trois éléments clarifiés, il est possible d'appliquer des processus d'orientation relativement satisfaisants sous condition d'une évaluation systématique des autres principaux troubles psychiatriques (voir plus loin).

3.3. Étape I-II-III : accueil, soins et interaction de crise

Évaluation et processus de décision seront matériellement faisables sous condition que la qualité de l'accueil, des soins et plus en général du milieu clinique environnant permettent la réalisation de ces derniers. Les limites de l'évaluation et du processus de décision sont en fait, en psychiatrie d'urgence, ceux du

maintien aux urgences du patient borderline. Ce patient déclenche en fait des réactions de stigmatisation et de rejet entraînant une sous-estimation des besoins et des risques, et une réduction correspondante des temps d'examineur, séjour, traitement, enseignement clinique et orientation. Nous pouvons considérer ce phénomène, que nous appelons dans d'autres travaux « barrière au traitement » (23), comme la mesure de la qualité de l'environnement humain qu'un dispositif d'urgence donne peut offrir à ses clients. Ainsi le patient borderline sera, selon les cas, très rapidement rejeté et expulsé, ou alors considéré comme un « agité » et donc traité, voir contraint, à l'instar d'un cas neurologique (quitte à être lâché dans la nature le matin suivant avec une orientation de mise). Lorsque la « barrière au traitement » est neutralisée, le patient va par contre être engagé dans une relation d'accueil qui permet d'investiguer sa souffrance et d'évaluer/traiter correctement sa demande et sa crise. Le soin d'urgence qui permet de diminuer ladite barrière au traitement nous l'avons appelé dans d'autre travaux « interaction de crise » (4). Ce type d'intervention fait appel, en premier lieu, à la prise en compte de la dérive subie par la capacité de soins, et donc d'alliance thérapeutique, d'une équipe d'urgence lorsque celle-ci se trouve confrontée à un patient qui suscite des fortes réactions émotionnelles¹. Avec l'aide au diagnostic et une bonne connaissance des bases de données thérapeutiques, le travail de négociation de cette impasse constitue l'apport plus précieux du psychiatre aux équipes d'urgence (4, 5). En deuxième lieu, l'intervenant doit appliquer une stratégie relationnelle (7) finalisée au contrôle d'un certain nombre de problèmes qui sont par contre spécifiques à la rencontre avec le sujet borderline.

Le **tableau 1** énumère quelques ingrédients d'un accueil optimal. Ces patients sont imprévisibles et de ce fait, ils sont aussi la mesure de l'élasticité d'un dispositif d'urgence donné. Un conseil utile dans la pratique est de considérer que les crises de vie si souvent associées avec l'émergence clinique du trouble borderline sont des situations caractérisées tout à la fois par des vulnérabilités structurées (le trouble médical stricto sensu), des déterminants psychosociaux spécifiques (facteurs de crise) et une aggravation de traits non adaptatifs de la personnalité psychique par l'effet traumatique des vicissitudes de l'existence (4). Structurellement incapable de bien différencier rage et tristesse, le patient borderline éprouve, de surcroît, une honte très intense lorsqu'il s'agit de partager son état de détresse. Il va donc agresser celui qui voudrait l'aider en faisant le vide autour de lui. On s'attend que des professionnels ne tombent pas dans ce piège : la

1. Le patient borderline a un intérêt tout particulier en ce qu'il signale un problème spécifique de l'urgence psychiatrique. De porter ou ne pas porter son attention à ce phénomène, et de prendre ou ne pas prendre en charge ce phénomène par un dispositif spécifique c'est la condition, respectivement, de l'accueil ou du non accueil des problèmes psychiatriques dans un service d'urgence donné. Nul n'est obligé d'accueillir les patients psychiatriques s'il croit de ne pas avoir les moyens. L'important c'est de ne pas faire semblant, éventuellement à l'aide d'éventuels consultants psy, en occultant les très graves retombées de la non prise en charge des troubles aigus de ces patients.

Tableau 1 –

Points forts de la relation d'accueil

- Attitude franche, simple, sincère et fiable.
- De se sentir reconnu comme une personne bien distincte et importante et l'impression que le thérapeute se sent véritablement impliqué c'est important.
- Chaque patient borderline a droit au moins à une entrevue d'une heure et sans être tout le temps dérangé par des appels externes.
- On précise d'emblée qu'il est difficile de se comprendre en général et en particulier lorsque quelqu'un est dans une situation de crise affective.
- La pire hypothèse est toujours la plus près de se réaliser quand le patient fait des menaces voilées...
- Il faut soutenir activement : la détresse de ces patients est liée à des contingences traumatiques réelles
- Une nuit de sommeil est le meilleur médecin...
- Reconstruction patiente de l'histoire récente du patient visant à identifier le facteur traumatique.

rancœur, la douleur morale et la détresse du patient borderline se nourrissent en fait d'un sentiment de solitude et d'exclusion (24). Ce cercle vicieux peut être ouvert seulement par une réponse relationnelle adéquate et les urgences sont par définition le lieu où cette aide professionnelle doit être apportée (4). En fait les essais cliniques contrôlés montrent très clairement que seule la psychothérapie peut influencer significativement les éléments symptomatiques plus typiques du syndrome borderline (répétition suicidaire, réaction à l'abandon, perte de contrôle affective dans la crise émotionnelle) (9). De même, un certain nombre de manœuvres psychothérapeutiques simples, dérivées de la psychothérapie structurée du patient borderline, peuvent beaucoup aider, aux urgences, dans ce moment difficile du soin qui correspond à l'inévitable, mais insupportable, régression inhérente à l'offre d'aide et de soutien. Le **tableau 2** énumère quelques points importants de cette approche.

3.4. Traitement d'urgence

Le traitement d'urgence met l'accent sur le contrôle de la perte de contrôle émotionnel dans des conditions de sécurité. Pour ce faire, il convient de ne jamais oublier que la plupart de ces patients ont de graves troubles du sommeil, viennent aux urgences après plusieurs jours d'insomnie et présentent simultanément des troubles anxio-dissociatifs. À l'instar de ce que l'on pratique chez les enfants

Tableau 2 –

Manœuvres psychothérapeutiques simples en situation d'urgence avec des sujets borderline

- Réveiller, rencontrer, mettre l'accent sur l'importance de la relation.
- Déséquilibrer la logique affective tragique du patient en faisant appel à son imagination.
- Chercher un domaine privilégié commun.
- D'argumenter pour montrer au patient qu'on est bon et ses critiques sont sans fondement c'est détruire une défense nécessaire et l'obliger à se sentir un monstre...
- Partager le sentiment de solitude, de déception, de rancœur, manier avec prudence la référence à la honte et à la tristesse.
- Établir des limites, clarifier et confronter toute rupture de contrat thérapeutique.
- Utiliser sa capacité d'empathie pour explorer l'expérience unique de chaque patient, et faciliter l'expression des affects retenus.
- Trouver le trauma actuel et son lien avec toute une histoire.

victimes de cauchemars, il convient donc de bien les réveiller d'abord et ensuite de les aider à dormir. Mais de les réveiller, cela signifie de leur permettre de s'exprimer, ce qui parfois est impossible en raison de leur violence, par ailleurs très transitoire. Une sédation immédiate peut alors s'imposer, mais cela marchera beaucoup mieux si on marque un temps d'interaction et de négociation qui devrait comporter une reconnaissance des droits du patient et la discussion des voies de recours contre la décision du médecin. Les études existantes montrent que l'usage de benzodiazépines n'est pas sans danger chez les patients borderline (ces molécules augmentent les passages à l'acte impulsifs) et que l'intensité de l'effet obtenu peut être décevante (5). D'autre part, les patients borderline sont hypersensibles aux effets des neuroleptiques classiques qui diminuent leur observance déjà précaire (5). Les guides de l'association américaine de psychiatrie (5) indiquent que si l'on souhaite faciliter le sommeil, aider le contrôle des émotions, ou diminuer le risque d'impulsions suicidaires les neuroleptiques atypiques constituent donc le premier choix.

3.5. Traitement de la crise

Si un grave état de crise se maintient, et si le patient présente des co-morbidités graves (dépression majeure grave, stress aigu, trouble alimentaire) ou des graves facteurs de risque (idéation suicidaire, dissociation marquée, abus de substances)

Conclusions de la recherche clinique II

- Le temps est le meilleur médecin : mieux traiter la crise que tenter d'éliminer le désordre.
- Il faut traiter les troubles associés (dépression, trouble bipolaire, stress anxieux etc.).
- Mieux éviter l'hospitalisation psychiatrique si on en a les moyens et si une alliance devient possible.
- Mieux hospitaliser aux urgences s'il n'y a pas de crise bipolaire symptômes psychotiques et dépendance grave des substances.
- Les neuroleptiques atypiques sont préférables aux benzodiazepines, il faut commencer les antidépresseurs aussi vite que possible.
- Les stabilisateurs de l'humeur marchent bien, à la condition qu'il existe un trouble bipolaire structuré co-morbide.

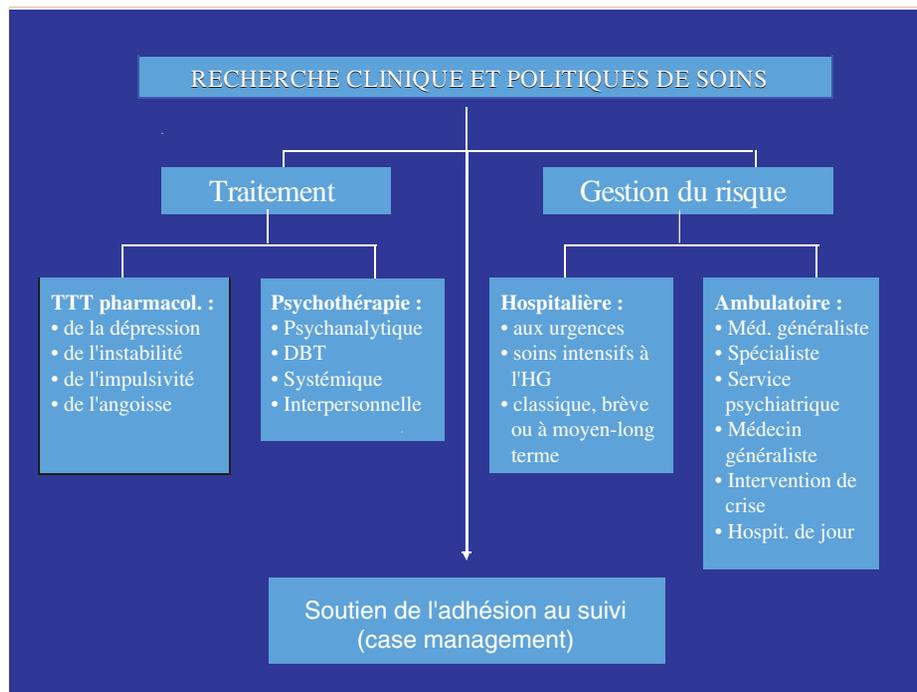
le traitement de la crise ne peut être effectué tout de suite en milieu ambulatoire. Les borderline présentant une grave crise dépressive ou une crise suicidaire devraient bénéficier de quelques jours d'hospitalisation aux urgences ou tout ou moins être hospitalisés à l'hôpital général dans des structures en relation étroite avec le département d'urgence (25). Les moyens disponibles le permettent rarement et les borderline sont donc très souvent hospitalisés en milieu psychiatrique, mais ce choix améliore peu leur état et ne diminue pas les risques qu'ils encourent (26, 27). Mieux donc traiter la crise à l'hôpital général, où le patient s'améliore en général très rapidement (28). Une étude récente de notre groupe (28) a montré qu'il est faisable et économique de remplacer l'hospitalisation psychiatrique par une hospitalisation de crise à l'HG (durée moyenne : 4 jours) chez des patients borderline qui venaient de commettre une tentative de suicide et avaient une dépression majeure. D'autres données suggèrent également que cette approche est plus efficace, à bref et long termes, de l'hospitalisation psychiatrique standard.

3.6. Traitement aigu

Un point important est en rapport avec l'orientation du patient borderline, à la sortie des urgences ou à la sortie du traitement de crise à l'HG, vers le traitement aigu. Étant donné les problèmes de complice qui caractérisent ces patients, un

point important est en rapport avec l'enseignement clinique simple qui devrait leur être dispensé, après l'évaluation initiale, concernant leur trouble et les possibilités de traitement. Ce type d'enseignement est toujours très bien reçu par le patient et les infirmiers avec formation psychiatrique sont souvent les mieux à même de le donner. Le patient borderline est surpris par la pertinence de connaissances médicales par rapport à son cas et à son histoire, alors qu'il a l'habitude de penser que personne ne peut le comprendre, et cela augmente sa confiance et sa complice. L'information devrait être étendue aux proches.

Figure 1 –



La **figure 1** résume les trois points importants du traitement aigu et les choix en présence. En particulier, il s'agit de préciser que le traitement en soi n'est qu'un élément, l'aide à la gestion du suivi et la gestion des risques étant tout aussi et peut être plus importants pour la suite des soins. Les possibilités changent de lieu à lieu, mais il est très important que l'orientation vers le traitement aigu soit très active et soutenante. Cela signifie que le patient ne doit pas recevoir seulement une adresse mais être mis en contact direct avec un centre et un soignant qui sont disponibles à le recevoir immédiatement et à lui pourvoir un traitement ambulatoire intensif, faute de quoi l'hospitalisation reste l'unique solution acceptable.

4. Conclusion

Tableau 4 –

Vers un nouveau rôle de l'HG et de son centre d'urgence ?

- Positif :
 - Gestion du risque 24 h/24 h.
 - Traitement intégré, peu de stigmatisation.
 - Lieu privilégié pour établir une alliance.
 - Beaucoup de cas sont réactionnels.
 - Facilite des nouvelles formes de collaboration avec les médecins privés.
 - Interventions plus simples et avec un bon rapport efficacité/coût.
- Négatif :
 - Implantation difficile.
 - Peu de culture psychothérapeutique.
 - Problèmes d'effectif.
 - Certains patients ont des comorbidités psychiatriques lourdes.
 - Les autres services psychiatriques supportent mal.

Du fait de disposer d'équipes actives 24 h/24, 365 jours par an, les centres d'urgence sont le lieu idéal (et souvent le seul lieu) permettant de couvrir l'adhérence au suivi que la gestion des risques chez les patients borderline. Il est donc dommage que les politiques de soins les prêterent si souvent lors du partage des moyens destinés à la prise en charge de ces patients. Au cours des dernières années, des nombreuses études ont montré que des programmes très simples axés sur le soutien, l'identification précoce des rechutes et la disponibilité à fournir une aide immédiate ont des effets très significatifs, malgré la simplicité des moyens mis en œuvre, si les réponses sont rapides, fiables et bien ajustées en cas de crise (29). Un programme de ce type est en cours d'évaluation dans notre service : les résultats préliminaires sont très encourageants sur le plan de l'efficacité de son application, sont en voie de publication (30). Dans des systèmes de santé où l'hôpital général tend désormais à fonctionner comme porte d'entrée du dispositif psychiatrique, les équipes d'urgence devraient avoir des compétences très poussées dans le domaine du traitement des patients borderline et de la crise. Dans une médecine de plus en plus interdisciplinaire et de plus en plus soucieuse de concilier efficacité et qualité, les services d'urgence sont appelés à devenir, à terme, la plaque tournante du dispositif de traitement de ce type de patients et donc d'une partie très importante troubles mentaux aigus.

Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition. Washington DC, American Psychiatric Association 1980: 645 p.
2. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, et al. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders Arch Gen Psychiat 1994 ; 51 : 215-24.
3. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: a clinical guide. American psychiatric Publishing, 2001, Washington DC, American Psychiatric Association 2001 : 329 p.
4. Andreoli A. What we have learned about emergency psychiatry and the acute treatment of mental disorders. De Clercq M, Andreoli A, Lamarre S, Forster P. Emergency Psychiatry in a Changing World (668 p.). Amsterdam, Elsevier 1999, 13-22.
5. American Psychiatric Association. Practice guidelines: Borderline Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Association, January 2003.
6. Barbe R, Rubovszky G, Venturini A, Andreoli A. The treatment of borderline personality disorder patients with current suicidal ideation. Clin Neuropsychiat 2005 ; 5 : 283-91.
7. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2006 (1) : CD005652.
8. Hoffman Judd P, Mc Glashan Th. A developmental model of Borderline Personality Disorder. Understanding variations in course and outcome. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2003 : 231 p.
9. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC 1994 : 887 p. (traduction française : Guelfi, Masson 1996, Paris, 1 056 p.).
10. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III Personality Disorder diagnoses in a nonpatient sample. Arch Gen Psychiat 1989 ; 46 : 682-9.
11. Widiger TA, Frances A. Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of Borderline Personality Disorder. Review of Psychiatry 1989 (VIII) : 8-24.
12. Gunderson JD, Elliott G. 185. The interface between borderline personality disorder and affective disorders. Am J psychiat 185 ; 142 : 3-11.
13. Gunderson JG, Hoffman PD. Understanding and treating Borderline Personality Disorder. A guide for professionals and families. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2005 : 171 p.
14. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiat 2001 ; 42 : 482-7.
15. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality Disorder Psychiat Serv 2003 ; 54 : 1149-54.
16. McGlashan Th. The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiat 1987 ; 43 : 20-30.
17. Stone MH. Long-Term Follow-Up Study of Borderline Patients: The Fate of Borderlines. New York, Guilford Press 1990 : 357 p.
18. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. Compr Psychiat 1987 ; 28 : 530-5.

19. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Solk KR. Prediction of 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 2005 ; 163 : 827-32.
20. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, Other Press, 2002, 577 p.
21. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry* 1960 ; 23 : 56-62.
22. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiat* 1979 ; 134 : 382-9.
23. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiat Serv* 2002 ; 53 : 585-90.
24. Stone MH. Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiat Clin North Am* 2000 ; 23 : 193-210.
25. Hawton K. Psychosocial treatments after suicide attempt. In Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. Oxford Press 2005, Oxford : 197-220.
26. Pirgis J, Burgess P, Jolley D. Suicide attempts by psychiatric patients in acute inpatient, long-stay inpatient and community care. *Soc Psychiat Psychiat Epidemiol* 1999 ; 34 : 634-44.
27. Paris J. Is hospitalization useful for patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2004 ; 18 : 240-7.
28. Ohlendorf P, Berrino AM, Ligorio L, Maire D, Andreoli A. Crisis hospitalization outcome among borderline patients: a 1-year follow-up. *Eur Psychiat* 2007 ; 22 : S48.
29. Comptois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiat Serv* 2002 ; 53 : 1138-44.
30. Burnand Y, Maire D, Ohlendorf P, Cochenec MF, Andreoli A. Time-limited psychodynamic psychotherapy and venlafaxine among acutely suicidal borderline patients. *Eur Psychiat* 2007 ; 22 : S48.