

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

RÉSEAU HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS (RHNE)

8 MAI 2025

Dr Stéphane Kolly, MERc, PD
Service de psychiatrie générale
Département de psychiatrie du CHUV

INTRODUCTION

Pourquoi s'intéresser aux troubles de la personnalité?

Forte prévalence, mais sous-diagnostiqué :

- 10% dans la population Générale; BPD cabinet: 6.4% (Gross et al. 2002)
- Fréquence des consultations en médecine de premier recours: 15-25% en médecine générale (Moran et al. 2000, Sansone et al. 2006)

Impact sur le traitement

- Traitement plus difficile ou absence d'évolution
- Faible adhésion thérapeutique ou drop-out

Vécu éprouvant pour les médecins

- Interventions parfois inutiles et potentiellement iatrogènes
- Surinvestissement épuisant

Mauvaise expérience pour le patient

- Errance thérapeutique; stigmatisation
- Renforcement du vécu d'incompréhension et de victime

Impact fonctionnel majeur

- Altération du fonctionnement professionnel et interpersonnel
- Réduction de l'espérance de vie

ASPECTS CLINIQUES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

DEFINITION

du trouble de la personnalité (en général)

Les mécanismes d'**adaptation** de l'individu sont **rigides** et entraînent, de façon chronique, des réponses **inflexibles** et **inadaptées**, source de souffrance pour le sujet et occasionnant, de façon durable, une altération du **fonctionnement** social et des problèmes relationnels dans divers domaines: professionnels, amoureux, familiaux, amicaux.

Catégories de TP selon DSM-5: Les 3 clusters de trouble de la personnalité

CLUSTER A
Personnalités
« excentriques »

TP Paranoïaque
TP Schizoïde
TP Schizotypique

CLUSTER B
Personnalités
« dramatiques »

TP Histrionique
TP Borderline
TP Narcissique
TP Antisociale

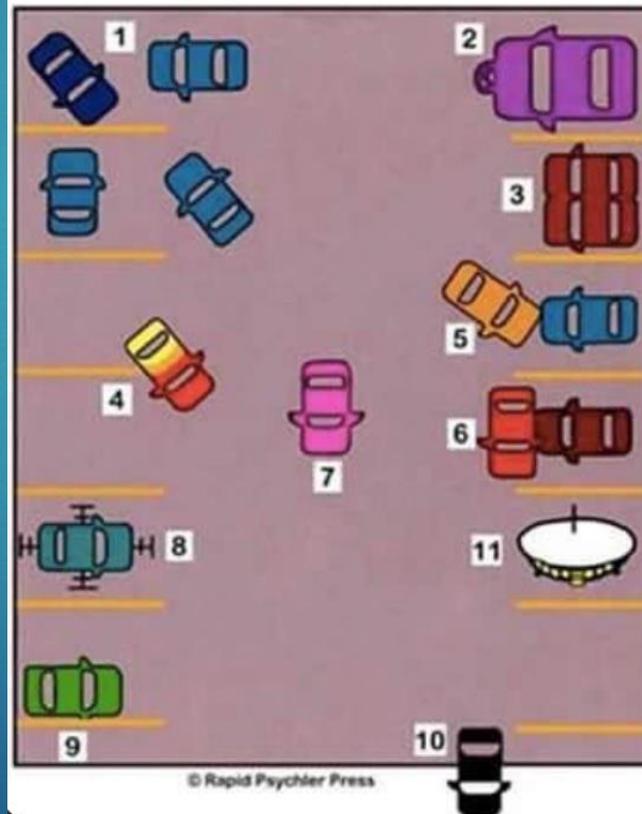
CLUSTER C
Personnalités
« anxieuses »

TP Évitante
TP Dépendante
TP Obsessionnelle-
compulsive

Approche catégorielle

7

Les troubles de la personnalité.

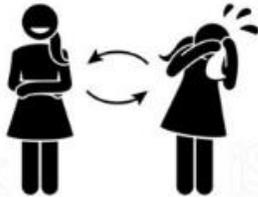


1. Paranoïaque – « Encore cerné »
2. Narcissique – Grosse voiture, accessoires voyants.
3. Dépendant – A besoin des autres pour se sentir à l'abri.
4. Passif-Agressif - Induit la colère par sa passivité.
5. Borderline – S'en prend à la voiture de son ex.
6. Antisocial – Bloque les autres voitures.
7. Histrionique – Se met en évidence partout pour des effets plus dramatiques.
8. Obsessionnel – Alignement parfait.
9. Évitant – Se cache dans un coin.
10. Schizoïde – Ne tolère pas la proximité des autres.
11. Schizotypique – Parking intergalactique.

Borderline Personality Disorder (BPD)



*Distorted
Self-image*



Mood Swings



*Unstable
Relationships*



Fear of Abandonment



Impulsive



Self-Injury



*Risky
Behavior*



*Feeling of
Emptiness*



Suicidal Threats



Suspicious



Inappropriate Anger



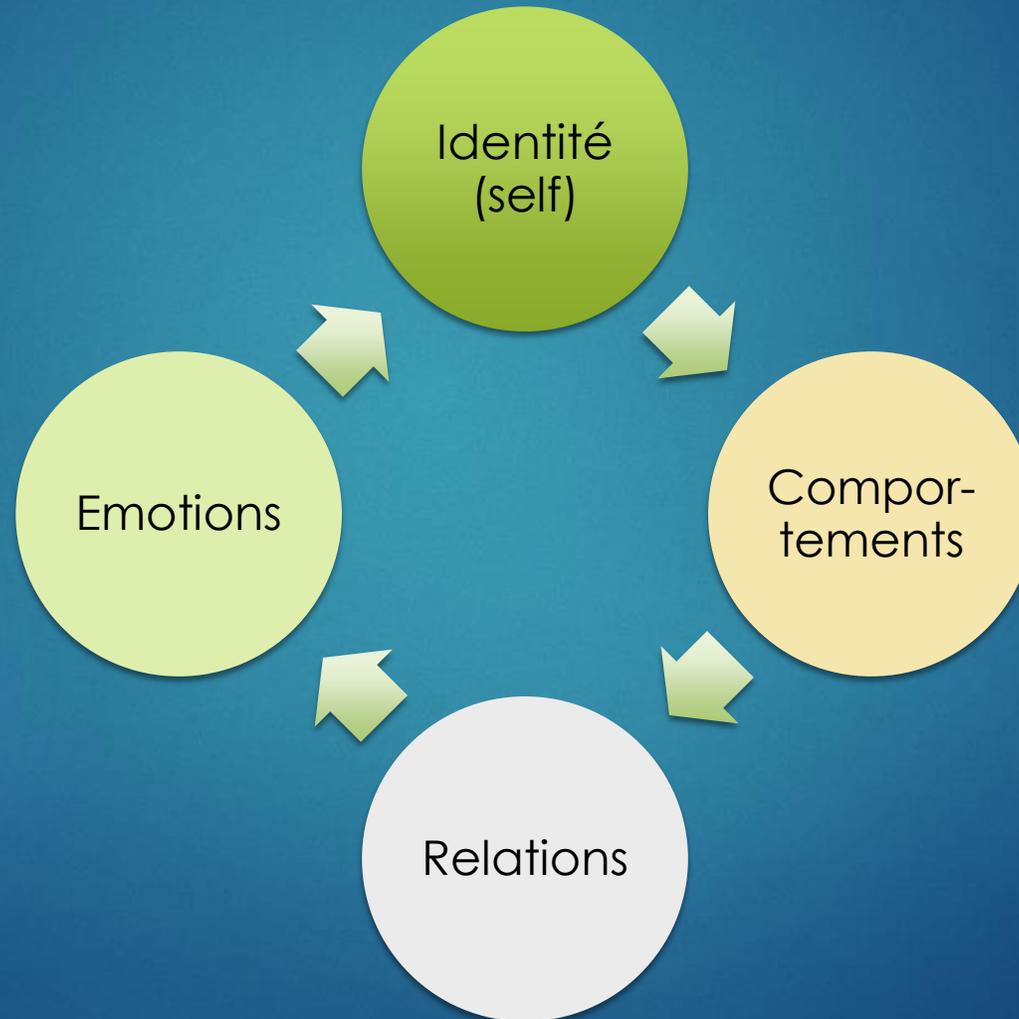
Mental Therapist



Self Control

Critères du
troubles de la
personnalité
borderline

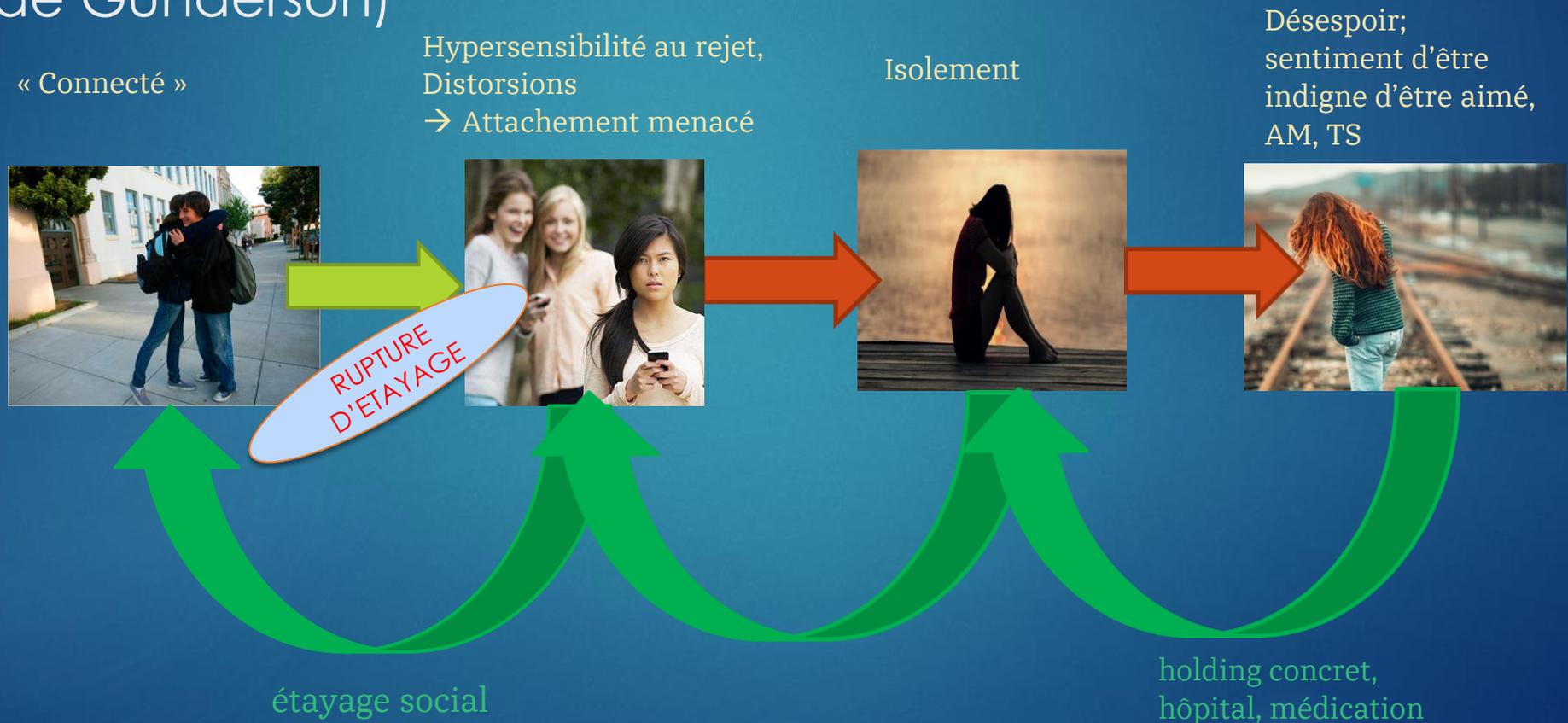
4 domaines interdépendants



L'hypersensibilité interpersonnelle du trouble de la personnalité borderline (modèle de Gunderson)

Les événements interpersonnels déclenchent les rechutes / rémissions, les comportements auto agressifs, la dissociation, les tentatives de suicide, le dénigrement, les angoisses d'abandon, etc.

Gestion du risque suicidaire et des gestes auto-dommageables en recourant au modèle d'hypersensibilité interpersonnelle



TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE EN MEDECINE GENERALE

- ▶ Diagnostic difficile à poser, souvent parce qu'on n'y pense pas.
 - ▶ Absence des symptômes caractéristiques en consultation chez le médecin généraliste. Par ex. douleurs chroniques sans substrat organique ou plaintes somatiques multiples (Sansone 2015)
 - ▶ Problèmes somatiques divers au premier plan (mais souvent associés à un TP)
 1. Habitudes de vie (tabac, addiction, alimentation, exercice)
 2. Problèmes « non résolus » parce que l'instabilité et le manque de persévérance ne favorisent pas un suivi régulier
 3. Troubles psychosomatiques
 - ▶ Aucun signe pathognomonique, mais combinaison de différents éléments
 - ▶ Fonctionnement de personnalité (soi, interpersonnel, émotion et comportements)
 - ▶ Conséquences du trouble de la personnalité

Quand suspecter un trouble de la personnalité?

19

- ❖ SYMPTOMES GENERAUX DE TROUBLE DE LA PERSONNALITE
- ❖ FREQUENCE DES CONSULTATIONS ET MODE DE CONSULTATION
- ❖ REACTIONS AUX PLAINTES DU PATIENT (médication, examens complémentaires)
- ❖ PRESENCE DE PLUSIEURS MALADIES FONCTIONNELLES OU LESIONNELLES
- ❖ PEU OU PAS D'AMELIORATION CLINIQUE
- ❖ RELATION THERAPEUTIQUE EPROUVANTE



CHAPITRE V

Le trouble de la personnalité borderline n'est-il qu'une affection psychiatrique ?

Stéphane Kolly, Pierre-Yves Rodondi, Lionel Cailhol

Vignette clinique

26

- ▶ Mme O. 52 ans, divorcée, 2 enfants adultes. Vit seule mais son ami plus âgé l'aide beaucoup
- ▶ A un certain équilibre avec son ami
- ▶ Rente AI

- ▶ Les symptômes:
 - ▶ Relationnels
 - ▶ Emotions
 - ▶ Comportements
 - ▶ Identité
- ▶ Trouble de la personnalité borderline

- ▶ Consultations chez sa généraliste
 - ▶ HTA (difficile à contrôler, investigation pénible)
 - ▶ Hépatite (RV GE reportés du fait de la dernière expérience avec le GE)
 - ▶ SAOS (nez cassé, CPAP pas supportée, «le CHUV ne me rappelle pas»)
 - ▶ Intolérance au lactose
 - ▶ Hyperphagie boulimique («ça m'aide»), surpoids → obésité
 - ▶ Dépendance à l'alcool



Il lui faut un psychiatre

Oui, mais...

Dans la réalité

- Traitement médicamenteux inefficace et souvent inutile
- Psychothérapie standard?
- Psychothérapie spécifique, spécialisée, centrée sur le trouble de la personnalité?
 - Thérapie dialectique comportementale?
 - Psychothérapie focalisée sur le transfert? Mentalisation? Schémas?
- Psychothérapie centrée sur les traumatismes? Sur certains symptômes?
- Hospitalisations?
- Soins infirmier à domicile?
- Traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré selon les principes du *Good Psychiatric Management* (traitement généraliste)?

- ▶ Même le traitement GPM est rendu difficile (absence de responsabilisation, psychoéducation mais «je sais que je suis borderline», absence de questionnement sur ses comportements, «C'est mieux que je m'enferme chez moi, sinon je vais encore faire une connerie»)
- ▶ Isabella est inaccessible à un traitement psychiatrique psychothérapeutique visant un changement, même minimal (stable dans son instabilité)
- ▶ Elle bénéficie d'un suivi de soutien par une infirmière et un travail en réseau est réalisé, avec des entretiens psychiatriques occasionnels.

Que peut faire le généraliste dans une telle situation?



PRIMUM NON
NOCERE

- HIPPOCRATES -

Rôle du généraliste et
recommandations dans la prise en
charge du trouble de la
personnalité borderline

Recommandations pratiques

1. Confirmation du diagnostic

- Histoire clinique
- Symptômes généraux et spécifiques de TP
- Questionnaires

2. Approche relationnelle et communication

- Construire une alliance
- Eviter les confrontations directes
- Poser des limites claires

3. Gestion des crises

- Contention relationnelle
- Médication

4. Collaboration pluridisciplinaire

- Prise en charge globale
- Collaboration continue; intégration des psy
- Réseaux

5. Suivi en dehors des crises

- Suivi régulier
- Plan de crise
- Psychoéducation
- Prévention
- Réseau et famille

6. Ne pas rester seul

- Reconnaître ses limites
- Eviter l'héroïsme
- Supervision et formation continue

1. Confirmation du diagnostic et psychoéducation

39



Histoire clinique et anamnèse



Approfondissement des symptômes caractéristiques de trouble de la personnalité

difficultés relationnelles chroniques, labilité d'humeur liée à des fluctuations rapides de l'estime de soi, comportements auto-dommageable au sens large, dysrégulation émotionnelle etc.)



Avis psychiatrique



Questionnaires complémentaires

McLean screening Instrument for BPD (10 questions (Zanarini et al. 2003))

2. Traitement symptomatique des différents problèmes somatiques

- ▶ HTA (difficile à contrôler, investigation pénible)
- ▶ Hépatite (RV GE reportés du fait de la dernière...
- ▶ SAOS (nez cassé, CPAP pas supportée, «le G... elle pas»)
- ▶ Dépendance à l'alcool
- ▶ Allergies
- ▶ Ostéoporose
- ▶ Intolérance au lactose
- ▶ Prise de poids sur hyperphagie boulimique (aide)), surpoids → obésité
- ▶ Hypercholestérolémie familiale

Patience
Information
Persévérance
Communication

Choisir les spécialistes en fonction des aptitudes relationnelles des spécialistes

Communication avec les spécialistes pour qu'ils soient attentifs à la sensibilité particulière d'Isabella

3. Approche relationnelle et communication

41

Construire une alliance thérapeutique

- ▶ Le généraliste représente une figure fiable et constante (ancrage); il est le garant de la continuité et de l'histoire médicale du patient
- ▶ Relation privilégiée presque toujours idéalisée quand on fait l'effort de comprendre (pas réussir à)

Approche relationnelle habituelle avec plus de structure (prévisibilité)

- ▶ Poser un cadre rassurant : durée, horaires, fréquence;
- ▶ Adopter une neutralité bienveillante
- ▶ Rester empathique, patient; valider la souffrance
- ▶ maintenir une communication claire et directe pour établir une relation de confiance

Aspects supplémentaires dont il faut tenir compte du fait du TPB et de la psychopathologie particulière : clivage, identité diffuse, sensibilité à l'abandon, idéalisation, etc.): Attitudes nuancées et balancées

- ▶ Tenir compte de la sensibilité particulière au lien
 - ▶ Oscillations idéalisation/dévalorisation
 - ▶ Le vécu paranoïde peut être plus marqué (symptôme mais ce n'est pas à cause du thérapeute; donner des informations) ex: IO envoyée aux urgences
 - ▶ Gestion des absences avec anticipation
- ▶ Se rappeler du fonctionnement clivé qui modifie la perception de la réalité: tout va mal, désespoir (en principe lié à une rupture relationnelle) Recadrer et rappeler ce qui a fonctionné par le passé, que des solutions ont été trouvées par le passé, et recadrer. Relever les incohérences.
- ▶ Mise de limites si nécessaire
- ▶ Tenir compte de la sensibilité à la critique; Eviter les confrontations directes sur les comportements Tenter de comprendre les motivations sous-jacentes aux comportements (approche motivationnelle)

Aspects supplémentaires dont il faut tenir compte du fait du TPB et de la psychopathologie particulière : clivage, identité diffuse, sensibilité à l'abandon, idéalisation, etc.): Attitudes nuancées et balancées

- ▶ Adopter une attitude collaborative et responsabilisante (ex: agenda du sommeil pour tr. sommeil; face aux plaintes, SK: Qu'est-ce que vous faites pour changer cela?)
- ▶ Soutenir sans se surimpliquer; limiter sans rejeter
- ▶ Recadrer l'entretien selon votre objectif: Déterminer ce que vous souhaitez savoir, puis clarifier patiemment et revenir. Tenter de défocaliser sur un seul aspect des difficultés du patient (que les symptômes somatiques ou l'inverse)
- ▶ Communication claire et authentique (On ne peut pas tout, on n'est pas parfait; relation réelle et professionnelle)
- ▶ Limiter la surmédication; clarifier qui prescrit quoi; cadre pharmacie
- ▶ Limiter si possible les investigations (lutter contre les solutions magiques)

- ▶ Repenser les symptômes et les troubles somatiques dans le contexte du trouble de la personnalité borderline:

Hypothèse de la dépendance, de la victimisation, de la faible auto-régulation;
Les symptômes somatiques prolifiques permettent au patient de s'engager vers des soignants, en satisfaisant leur besoin de dépendance et d'infantilisation, en plus d'être reconnu comme victime (Sansone 2001)

4. Collaboration pluridisciplinaire

- ▶ Envisager une prise en charge globale bio-psycho-sociale en réseau
 - ▶ Eviter la compartimentation; rassembler les informations des différents spécialistes et garder une vision d'ensemble (intégrer et lutter contre le clivage).
 - ▶ Communication avec les spécialistes pour qu'ils soient attentifs à la sensibilité particulière d'Isabella (choix des spécialistes)
 - ▶ Clarifier les prescripteurs
 - ▶ Coordination et maintien d'une communication étroite et régulière (mails, téléphones, réseaux tous les 4 à 6 mois) avec les intervenants; informer en cas de nouvel intervenant (CMS)
 - ▶ Participer à des réseaux intégrant les aspects psychiatriques et somatiques (visio)
 - ▶ Constitution d'un réseau pluridisciplinaire cohérent où les rôles sont clairs et définis; collaboration avec un intervenant en psychiatrie
- ▶ Interventions dans la communauté; activité structurée, emploi; rôle social à favoriser
- ▶ Ne pas oublier les familles et les proches

5. Gestion des crises

- ▶ Prise en charge des symptômes aigus liés à une crise
 - ▶ Se souvenir que les symptômes aigus sont liés à une crise **relationnelle**
 - ▶ Garder une posture calme et contenante; la contention relationnelle (cf hypersensibilité interpersonnelle) est très efficace
 - ▶ Contenir relationnellement en première intention et résister autant que possible aux pressions du patient pour que l'on agisse dans l'urgence (médicament; hospitalisation) Différer si possible
 - ▶ Éviter les positions extrêmes : Ni sauveur, ni rejetant
«Je suis là, mais je ne peux pas tout faire à votre place»
 - ▶ Evaluer les idées suicidaires (aigues vs chroniques) et assurer la sécurité
 - ▶ Plan de crise concret et structuré: médication, contention relationnelle, services psychiatriques d'urgence

- ❖ Le trouble de la personnalité est un trouble relationnel
 - ▶ En principe, **des événements interpersonnels déclenchent** les symptômes de crise comme la dépressivité, les comportements auto-agressifs, la dissociation, les tentatives de suicide, le dénigrement, les angoisses d'abandon.
 - ▶ Et **des événements interpersonnels** déclenchent les **rémissions** et les symptômes peuvent alors disparaître aussi vite qu'ils sont apparus.

- ❖ **La réponse relationnelle a autant d'impact, voire plus d'impact,** que l'intervention à proprement parler

6. Suivi en dehors de la crise

- ▶ Proposer un suivi régulier pour assurer une continuité des soins
 - ▶ Communication avec le réseau, la famille
 - ▶ Surveillance des paramètres somatiques généraux
 - ▶ Lutter contre la faible adhérence thérapeutique, y compris pour le traitement d'une maladie chronique ou d'un trouble fonctionnel; répéter la nécessité d'être régulier et les informations relatives à ces maladies.
 - ▶ Respect des prescriptions?
- ▶ Envisager un plan de crise
- ▶ Psychoéducation
- ▶ Approche motivationnelle des abus de substance
- ▶ Médecine préventive à ne pas oublier

7. Ne pas rester seul et prendre soin de soi

- ▶ Reconnaissance et contenance émotionnelle: agacement, frustration, impuissance
- ▶ Reconnaître ses limites et l'épuisement; tolérer qu'on ne puisse pas faire plus
- ▶ Se rappeler que le généraliste n'est pas seul responsable du processus thérapeutique
- ▶ Eviter l'héroïsme
- ▶ Supervisions, intervisions, groupes Balint
- ▶ Formation GPM

Take home message

50

- ▶ Les troubles de la personnalité sont fréquents en médecine générale et peuvent être masqués par des troubles fonctionnels ou des maladies somatiques. Un patient « difficile » est susceptible d'être un patient avec un trouble de la personnalité et donc une problématique d'attachement majeure.
- ▶ L'attitude relationnelle est aussi, voire plus importante, que les interventions concrètes, y compris en cas de crise
- ▶ Un traitement structuré et coordonné avec une bonne communication avec les membres du réseau est un bon traitement et est suffisant dans la plupart des cas
- ▶ Le généraliste joue un rôle central dans le réseau et pour la plupart des patients avec un TP borderline. L'intégration au réseau est certes chronophage, mais les patients vont en principe mieux (contenance) et cela réduit l'épuisement professionnel en plus d'être souvent très satisfaisant

Merci de votre attention