



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 14 octobre 2024 à Poitiers
par **Yousif AL AZAWI**

Le trouble de la personnalité borderline : description et spécificités à l'adolescence à travers l'exemple d'une unité d'hospitalisation : l'APARTE

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Bajon

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ammar NASSIMI



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCO Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

*À Shamil,
À Amal,
À Hala,
À Dalia,
À Salim,
À Stephen,
À Nisrine,
À Enzo,
À Julie,
À Yuki,
À Maxime,
À Lucile,
À Anna,*

Pour votre importance.

*Au Docteur Ammar NASSIMI,
Au Docteur Damien MALLET,
Aux équipes du pavillon Tony Lainé,
Au Docteur Nathalie GAUFFENY,
Au Docteur Diana MILCENT,
Aux équipes de l'Intersecteur Adolescents,
Au Docteur Richard HARY,
Au Professeur Jean XAVIER,
Au Docteur Jean-Baptiste BAJON,
Au Professeur Ludovic GICQUEL,*

Pour vos enseignements.

Au Docteur Ammar NASSIMI,

Pour la supervision de ce travail.

*Au Professeur Ludovic GICQUEL,
Au Professeur Nematollah JAAFARI,
Au Docteur Jean-Baptiste BAJON,*

Pour l'appréciation de ce travail.

Table des matières

Introduction : De l'approche catégorielle à la perspective dimensionnelle du trouble de la personnalité borderline	1
Première partie : Description du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence	7
Premier chapitre : Description du tableau clinique et des critères diagnostiques	7
Deuxième chapitre : Nature et fréquence des comorbidités	12
Troisième chapitre : Hypothèses psychopathologiques et facteurs de risque	15
Quatrième chapitre : Evolution du trouble et facteurs de mauvais pronostic	21
Cinquième chapitre : Conclusion	22
Deuxième partie : La prise en soins du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence	23
Premier chapitre : Principes généraux de la prise en soins	23
Deuxième chapitre : L'approche psychothérapeutique	26
Troisième chapitre : Les groupes thérapeutiques	28
Quatrième chapitre : Les interventions familiales	30
Cinquième chapitre : Les interventions scolaires	31
Sixième chapitre : La prescription médicamenteuse	32
Septième chapitre : L'hospitalisation	34
Huitième chapitre : Conclusion	35
Troisième partie : Projet de service et fonctionnement de l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE)	36
Premier chapitre : Description de l'unité	36
Deuxième chapitre : Approche théorique	40
Troisième chapitre : Indications et modalités d'accueil	42
Quatrième chapitre : Spécificités des soins sur l'unité	44
Cinquième chapitre : La missions réalisées en vue de la sortie d'hospitalisation	47
Sixième chapitre : Conclusion	49
Quatrième partie : Objectifs de l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE)	50
Premier chapitre : Des modalités de soins peu étudiées	50
Deuxième chapitre : Exemple d'étude / méthodologie	52
Troisième chapitre : Cas cliniques	53
Quatrième chapitre : Discussion	60
Cinquième chapitre : Conclusion	62
Conclusion	63
Bibliographie	64
Annexes
Résumé

Introduction : De l'approche catégorielle à la perspective dimensionnelle du trouble de la personnalité borderline

L'évolution du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence dans les différentes classifications nosographiques et les nombreuses réflexions théoriques ayant eu lieu ces dernières décennies pourrait se résumer de la manière suivante : d'incessantes controverses et l'inlassable recherche d'une ligne directrice commune.

Les controverses liées au trouble de la personnalité borderline à l'adolescence trouvent leur essence dans sa dénomination même et peuvent ainsi se décliner en trois strates : celles qui concernent le terme « trouble de la personnalité », celles qui concernent le terme « borderline » et enfin celles qui discutent ces premiers termes durant la période de « l'adolescence ».

L'ambiguïté qui enveloppe les troubles de la personnalité est assez clairement décrite dans un article publié dans la revue *Topique* par Steeves Demazeux en 2013 (1), au moment où était finalisée la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Les troubles de la personnalité, qui figuraient déjà dans la première édition du DSM en 1952, semblent s'appuyer sur un socle conceptuel fragilisé par le manque de clarté de la notion de « personnalité » et par la divergence des différentes approches psychopathologiques, et de ce fait semblent avoir été progressivement mis au second plan des diagnostics en psychiatrie, comme en témoignent d'une part la forte prévalence du diagnostic de « trouble de la personnalité non spécifié » (2) et d'autre part l'apparition d'un système multiaxial dans la troisième édition du DSM en 1980, les troubles de la personnalité constituant le second axe.

C'est dans cette troisième édition du DSM que le trouble de la personnalité borderline fait son apparition, bien que les références littéraires qui le concernent soient plus anciennes. En effet, le terme « borderline » est employé dès la fin du XIX^{ème} siècle dans la littérature anglo-saxonne par Hugues qui décrit en 1884 des patients « à la frontière de la folie ». Le terme semble trouver son équivalent dans la littérature française, notamment psychanalytique, durant le XX^{ème} siècle avec l'émergence du concept « d'état limite », entité clinique frontière dans laquelle coexisteraient des symptômes névrotiques et psychotiques. Par ailleurs, d'autres termes

comme la « schizophrénie pseudo-névrotique » décrite par Hoch et Polatin en 1949, ou encore les personnalités « as if » décrites par Hélène Deutsch en 1942, semblent se rapprocher du concept de « trouble borderline ». Ainsi, les premières descriptions de la pathologie borderline l'apparentent à une chimère formée à partir de différentes parties appartenant chacune à une entité structurale différente. Ce n'est que dans les années 1970 que la pathologie borderline est plus clairement individualisée. Il s'agirait alors d'une association de symptômes spécifiques regroupant une forme de dépression, un manque de contrôle des pulsions, une intolérance à l'angoisse, une prépondérance des processus primaires de pensée et le recours à des opérations défensives primitives (3). L'introduction du « trouble de la personnalité borderline » dans le DSM en 1980 a ainsi permis de conceptualiser une entité distincte définie par une dénomination propre. Néanmoins, cette classification se voulant athéorique, les symptômes décrits du trouble de la personnalité borderline témoignent davantage de manifestations cliniques que d'un fonctionnement intrapsychique, et ce manque a ainsi laissé persister dans la psychiatrie française le concept « d'état limite » (4).

Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence n'est entré dans le DSM que lors de la publication de sa quatrième édition en 1994, et malgré cela, un bon nombre de professionnels restent réticents à l'idée de l'utiliser (5, 6). Trois hypothèses principales semblent venir expliquer ce fait : les similitudes entre les symptômes du trouble de la personnalité borderline et les remaniements physiologiques de l'adolescence, notamment la recherche identitaire, la labilité émotionnelle, l'impulsivité, ou encore l'hypersensibilité aux séparations ; la crainte d'une stigmatisation du patient ; et enfin le manque de stabilité sur la durée du diagnostic de trouble de la personnalité borderline. En effet, les définitions de ce qu'est la personnalité d'un individu sont nombreuses, mais toutes impliquent les sphères cognitives, conatives, affectives, physiques et morphologiques, c'est-à-dire des sphères encore soumises à des mouvements, parfois extrêmes, et à une maturation toujours incomplète à l'adolescence. Ainsi, plusieurs études récentes montrent la faible stabilité du diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence, déjà au bout de deux ans de suivi et à fortiori à l'âge adulte (7, 8), bien qu'il semble persister des symptômes résiduels et un impact fonctionnel non négligeables (9).

En somme, ces trois strates de controverses à propos du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence se confondent en un endroit. Les distinctions entre « les traits de personnalité » et « les maladies de la personnalité » selon la formulation de Théodule Ribot,

entre « l'entité catégorielle » et « la forme frontière », entre « le processus adolescent » et « l'altération développementale », questionnent chacune la différence entre « le normal et ses variations » et « le pathologique ». Et cette différence est d'autant plus difficile à établir qu'elle est muable, tributaire des phénomènes culturels et des évolutions sociétales (10, 11). Déjà en 1993, Bergeret distinguait chez les états limites une forme pathologique et une forme psychosociologique. Cette catégorisation n'a pas été retenue mais une composante sociétale influe toujours sur l'expression du trouble de la personnalité borderline. En 2012, Philippe Jeammet écrivait : « L'évolution de la société vers plus de liberté et un affaiblissement de l'autorité infléchit notre compréhension de la psychopathologie. L'accent se déplace de la pathologie des conflits favorisée par une société répressive à une pathologie des liens, des limites et de la dépendance facilitée par une société libérale. ».

Ce flou théorique contraste néanmoins avec la netteté et la brutalité des conséquences individuelles et collectives du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence. Cette réalité est partagée tant par l'exercice pratique dans les structures de soins pour adolescents que par les publications de recherche. La prévalence du trouble de la personnalité borderline dans la population adolescente est importante. Elle est selon les études égale ou légèrement supérieure à celle du trouble de la personnalité borderline dans la population générale adulte (12), estimée à 2%, et semble plus élevée en population clinique, avec une estimation pouvant aller dans certaines études jusqu'à 20% (9). La proportion d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline parmi l'ensemble de ceux admis sur les structures de soins est estimée entre 11% et 22% pour les soins ambulatoires et entre 33% et 49% pour les soins hospitaliers (12, 13). L'impact du trouble sur le fonctionnement de ces adolescents est manifeste et plusieurs études ont démontré l'existence chez eux d'une souffrance morale majeure (14), d'une altération de l'investissement social et scolaire (15,16), d'une dégradation de la dynamique familiale (17) et d'une perte de chance à l'avenir, notamment en termes d'accès aux soins (17) et d'insertion professionnelle (18, 19). En dehors de ce retentissement durable, les conséquences directes de symptômes aigus tels que les lésions auto-infligées ou les tentatives de suicide sont également à souligner (20). Ces comportements constituent un enjeu de santé publique (21) du fait de leur gravité, le taux de suicide chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline étant estimé entre 3 et 10% (22), et du fait de leur fréquence, la récurrence étant pour ces patients davantage la règle que l'exception (23). Par ailleurs, l'ensemble de ces répercussions, aiguës et chroniques, représentent pour la société un coût financier conséquent (24).

Bien que plusieurs études longitudinales aient montré que les symptômes du trouble de la personnalité borderline apparaissent dans l'enfance ou au début de l'adolescence, atteignent un pic à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, avant de diminuer par la suite (25,26,27), la rémission des patients reste la plupart du temps incomplète, avec une persistance de symptômes dépressifs (28), d'une labilité émotionnelle, d'une incapacité à gérer la colère (9) ou encore de comportements auto-dommageables (29) et ainsi une persistance de la nécessité de soins (16,18).

Plus marquante encore que l'absence de rémission complète est la fragilité du rétablissement fonctionnel, tant sur le plan personnel, social ou professionnel (14,30).

Le diagnostic de « trouble de la personnalité borderline » dans son intention catégorielle rend difficilement compte de cette évolution. En effet, dans une étude longitudinale publiée en 2016 et réalisée à travers le réseau de recherche multicentrique EURNET-BPD au sein d'une cohorte d'adolescents présentant un trouble de la personnalité borderline, le diagnostic catégoriel tel qu'il a été défini avec le Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) était retrouvé chez 22% d'entre eux à l'âge adulte, tandis qu'un modèle dimensionnel retrouvait des symptômes notables à l'âge adulte chez 50% d'entre eux (31).

Ainsi, l'approche dimensionnelle, qui consiste à appréhender chaque groupe de symptômes, ou dimension, comme une variable évoluant au sein d'un continuum allant du normal au pathologique, semble pertinente pour décrire de manière fiable le trouble de la personnalité borderline et ses variations, tant intra-individuelles qu'inter-individuelles. L'un des gradients les plus importants dans l'appréciation de ce continuum est l'impact fonctionnel des symptômes sur le quotidien de l'individu, et leurs effets néfastes sur ses potentialités. C'est à travers ce gradient que la perspective dimensionnelle a progressivement et timidement intégré les classifications nosographiques actuelles, avec l'arrivée dans la quatrième version du DSM de critères généraux englobant les troubles de la personnalité, dont notamment une mesure quantitative de l'impact fonctionnel des symptômes, puis l'introduction dans la cinquième version du DSM d'un modèle alternatif dans lequel cet impact fonctionnel est décliné de manière qualitative. Par ailleurs, la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM) parue en 2022 et réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit les troubles de la personnalité selon un abord dimensionnel.

En parallèle, de nombreux modèles ont émergés ces dernières décennies, cherchant à définir des dimensions cohérentes qui permettraient de décrire de manière lisible et exhaustive le trouble de la personnalité borderline. Néanmoins les résultats des différentes analyses

factorielles réalisées restent contradictoires, principalement du fait d'une reproductibilité incertaine entre populations adolescentes et adultes et du fait des limites propres de chaque étude. A titre d'exemple, il est possible de citer le modèle à trois facteurs décrit par Sanislow et al. en 2000 qui faisait interagir trois dimensions, à savoir la perturbation de la relation, la dysrégulation comportementale, comprenant l'impulsivité et les auto-mutilations, et la dysrégulation émotionnelle (32); ou encore le modèle à deux dimensions retenu par une étude réalisée au sein du réseau EURNET-BPD en 2012 qui identifie des critères orientés vers l'intérieur comme l'évitement de l'abandon, les troubles de l'identité, le sentiment chronique de vide et l'idéation paranoïde et des critères orientés vers l'extérieur comme la colère inappropriée, l'impulsivité, la suicidalité, les auto-mutilations et les relations instables (33). L'identification de dimensions au sein du trouble de la personnalité borderline permet de rendre compte de l'hétérogénéité et de la variabilité des symptômes, et ainsi établir une description objective mais aussi valide du trouble (34). Cette égide dimensionnelle à la fois transparente et souple s'affranchirait des limites de l'approche catégorielle et renforcerait l'énonciation précoce d'un diagnostic afin d'autoriser la mise en place de soins et de limiter l'empiètement des symptômes sur la qualité de vie des patients (35).

L'utilisation de ces modèles dimensionnels permettrait des soins précoces, spécifiques, et adaptés à chaque individu souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. C'est dans cet objectif que l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE) a été pensé. Cette unité d'hospitalisation sera inaugurée au sein du pavillon Tony Lainé sur le centre hospitalier Henri Laborit durant le dernier trimestre de l'année 2024 et sera destinée à accueillir des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline au décours d'une « crise », terme regroupant l'ensemble des manifestations comportementales aiguës du trouble, à savoir principalement les lésions auto-infligées, les mises en danger et les actes suicidaires. La création de cette unité d'hospitalisation a pour objectif d'associer l'hospitalisation à temps complet, dont la place est discutée dans le parcours de soin des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline mais qui pourtant est souvent vue comme l'option la plus sécurisante par les professionnels face aux adolescents ayant réalisé des auto-mutilations ou un passage à l'acte suicidaire (36), et une intervention spécifique et précoce animée par une vision dimensionnelle telle qu'elle a été définie précédemment.

Ce travail, divisé en quatre parties, a pour objectif d'effectuer une revue de la littérature des connaissances actuelles concernant la description du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence et les prises en soins actuellement proposées, de décrire le fonctionnement et les spécificités de l'APARTE, et enfin d'introduire les objectifs et les résultats attendus.

Ce travail a par ailleurs vocation à constituer un document ressource pour l'ensemble des professionnels exerçant au sein de l'APARTE en offrant une perspective générale de ce qu'est le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence et en tentant de cibler les éléments importants dans l'accompagnement de ces adolescents vers une rémission.

Première partie : Description du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence

L'adolescence est une période de changement, tant sur le plan corporel que sur le plan psychique, tant sur le plan individuel que sur le plan relationnel. Ces mouvements attendus et nécessaires rendent cependant plus difficile la mise en évidence de mouvements ou au contraire de fixations évocateurs ou annonciateurs d'une pathologie psychiatrique. Cette complexité partage le clinicien entre une volonté d'attendre et une nécessité d'intervenir, bien décrite par D. Marcelli dans sa conception du travail psychique à l'adolescence (37). Ce dilemme est encore plus important quand il s'agit de se positionner autour d'une pathologie de la personnalité, cette dernière étant encore en constitution à l'adolescence. A partir de là, il paraît légitime de se questionner et de chercher à savoir si les données scientifiques acquises durant ces dernières décennies permettent de préciser la construction et les manifestations de la pathologie de personnalité borderline à l'adolescence.

Premier chapitre : Description du tableau clinique et des critères diagnostiques

Plusieurs études récentes ont montré que le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence était comparable sur le plan étiologique et sur le plan psychopathologique au trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte (38,39). Ainsi, le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence est décrit dans les principales classifications nosographiques de manière indifférenciée avec le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte.

La cinquième édition du DSM décrit le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence à l'aide d'une approche catégorielle et d'une approche dimensionnelle, cette dernière étant qualifiée d'alternative.

L'approche catégorielle dans le DSM V

Dans l'approche catégorielle sont décrits neuf symptômes évocateurs d'un trouble de la personnalité borderline :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des 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
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple 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 (par exemple 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 (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Afin que le diagnostic de trouble de la personnalité borderline puisse être posé, il faut qu'au moins cinq des neuf symptômes cités soient identifiés sur une période de plus d'une année, que ceux-ci entravent de manière manifeste le fonctionnement de l'individu et qu'ils ne soient pas mieux expliqués par une affection organique ou un autre trouble psychiatrique (40).

Cette approche catégorielle est restée quasiment identique depuis une quarantaine d'années et présente donc un riche étayage scientifique. Néanmoins, son caractère hétérogène – deux patients peuvent recevoir un même diagnostic de trouble de la personnalité borderline avec uniquement un symptôme en commun parmi les neuf cités ; aspécifique – de nombreux symptômes sont communs avec d'autres troubles de la personnalité ; ainsi que sa faible stabilité temporelle ; ont mené certains auteurs à questionner l'algorithme diagnostique. En 2010, une étude de J. Gunderson évoquait l'idée de regrouper les neuf symptômes décrits dans le DSM en quatre phénotypes (l'hypersensibilité interpersonnelle, regroupant les items 1, 2 et 7, la dysrégulation affective, regroupant les items 6 et 8, le défaut de contrôle comportemental, regroupant les items 4 et 5, et la perturbation de l'identité, regroupant les items 3 et 9) et

proposait d'exiger la présence d'au moins un symptôme dans trois voire quatre phénotypes différents pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (41).

Par ailleurs, plusieurs auteurs notent certaines spécificités à l'adolescence. Des symptômes comme la peur de l'abandon (item 1) et l'instabilité affective (item 6) disposeraient d'une valeur prédictive positive plus importante que les autres symptômes, tandis que l'absence de colères intenses (item 8) et l'absence d'instabilité affective (item 6) auraient une valeur prédictive négative plus importante que les autres symptômes (42). De la même manière, les automutilations et les gestes suicidaires très fréquents au début de l'évolution de la pathologie borderline auraient tendance à diminuer avec le temps (43).

L'approche dimensionnelle dans le DSM V

L'Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) est l'approche dimensionnelle retenue dans le DSM V et concerne l'ensemble des troubles de la personnalité. Elle se centre sur sept critères allant du critère A au critère G (40).

Le critère A concerne l'impact fonctionnel des symptômes et se décline selon deux domaines d'altération individuelle (l'identité et l'autodétermination) et deux domaines d'altération interpersonnelle (l'empathie et l'intimité). Le critère B décrit les traits de personnalité pathologiques et les organise en cinq groupes : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme. Le critère C souligne l'inflexibilité des perturbations et le critère D implique leur stabilité dans le temps. Le critère E requiert que les perturbations présentées ne soient pas mieux expliquées par une autre affection psychiatrique, le critère F qu'elles ne soient pas expliquées par une affection organique ou l'effet d'une substance, le critère G par le développement physiologique ou l'environnement culturel de l'individu.

En ce qui concerne le trouble de la personnalité borderline, l'AMPD décline les critères A et B de la manière suivante :

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress

2. Autodétermination : instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière

3. Empathie : incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle, perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou "points faibles"

4. Intimité : relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé ; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité :

1. Labilité émotionnelle (aspect de l'affectivité négative) : expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances

2. Tendence anxieuse (aspect de l'affectivité négative) : sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude, peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle

3. Insécurité liée à la séparation (aspect de l'affectivité négative) : peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie

4. Dépressivité (aspect de l'affectivité négative) : sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et de conduite suicidaire

5. Impulsivité (aspect de la désinhibition) : agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle

6. Prise de risque (aspect de la désinhibition) : engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel

7. Hostilité (aspect de l'antagonisme) : sentiments de colère persistants ou fréquents, colère ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs

Pour évoquer le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, l'ensemble des sept critères (du critère A au critère G) doivent être retrouvés.

Ce modèle dimensionnel a été introduit dans le DSM lors de la publication de la cinquième édition en 2013. De nombreuses études ont déjà pu montrer la validité et la complémentarité des critères A et B dans le trouble de la personnalité borderline, y compris chez les adolescents (44), bien que les interactions entre les différents symptômes au sein de chaque critère semblent complexes et font questionner leur déclinaison (45).

Approche dimensionnelle dans la CIM 11

La 11^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM) n'aborde les troubles de la personnalité que sous une approche dimensionnelle (46).

Les troubles de la personnalité y sont décrits selon deux paramètres.

Le premier paramètre concerne l'intensité des symptômes, pouvant être qualifiée de légère, modérée ou sévère en fonction de leur impact sur l'individu, ses émotions, ses cognitions, ses comportements, ses relations sociales, son quotidien personnel et professionnel. La CIM-11 décrit par ailleurs un tableau subclinique de « difficultés de personnalité » ne rentrant pas dans le cadre du trouble.

Le second paramètre concerne les traits de personnalité pathologiques, divisés en cinq domaines que sont l'affectivité négative (émotions et attitudes négatives, labilité émotionnelle, manque de confiance en soi et en autrui), le détachement (émotionnel, social), la dyssocialité (égocentrisme, manque d'empathie), la désinhibition (impulsivité, distractibilité, insouciance, irresponsabilité, défaut de planification), et l'anankastie (rigidité, perfectionnisme).

De cette manière, le diagnostic est établi en définissant l'intensité des symptômes (légère, modérée ou sévère) et le ou les différents domaines concernés (affectivité négative, détachement, dyssocialité, désinhibition, anankastie). A ce diagnostic peut être ajouté une

cotation témoignant de l'existence d'un « pattern borderline », qui reprend les symptômes décrits dans l'approche catégorielle du DSM V auxquels s'ajoutent trois symptômes concernant la mésestime de soi, le sentiment de solitude, et les difficultés en termes de cognition sociale. Ainsi, bien que l'approche dimensionnelle des troubles de la personnalité soit celle utilisée dans la CIM 11, le trouble de la personnalité borderline garde une place spécifique et c'est pour cette raison que certains auteurs requestionnent sa place parmi les « troubles de la personnalité » dans les différentes classifications nosographiques (41).

Deuxième chapitre : Nature et fréquence des comorbidités

Comme il l'a été formulé précédemment, le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence est associé à de nombreuses comorbidités qu'il convient de prendre en considération. Ces comorbidités sont par ailleurs le plus souvent multiples (47, 48).

La comorbidité avec les troubles dépressifs

La co-occurrence entre un trouble de la personnalité borderline et un trouble dépressif est fréquente à l'adolescence. Différentes études retrouvent chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline l'existence d'un trouble dépressif dans 60 à 80% des cas (47, 49, 50). Certains auteurs ont tenté de décrire la nature de ces troubles dépressifs qui semblent notamment se distinguer par leur caractère anaclitique (51) et par la forte prévalence des idées de culpabilité et de dévalorisation (52). Ainsi se pose la question de considérer ces troubles dépressifs comme une comorbidité ou comme un ensemble de symptômes intégrés au trouble de la personnalité borderline (53). En outre, l'association d'une symptomatologie dépressive au trouble de la personnalité borderline majorerait la prévalence des idées et des gestes suicidaires (54).

La comorbidité avec les troubles anxieux

La prévalence des troubles anxieux chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline est supérieure à celle en population générale adolescente. En effet, une étude publiée en 2021 par Zanarini et al. retrouve une prévalence des troubles anxieux chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline estimée à 60,6%, contre 10,6% en population générale adolescente. Par ailleurs, la prévalence de ces troubles anxieux semble

se majorer avec l'âge, avec une prévalence estimée à 89% chez les adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (48).

La comorbidité avec les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

La comorbidité entre le trouble de la personnalité borderline et les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, et en particulier les états de stress post-traumatique et les états de stress post-traumatique complexes, peut s'expliquer par leurs constructions psychopathologiques communes autour d'épisodes de négligences ou d'abus, qu'ils soient psychologiques, physiques ou sexuels. Par ailleurs, l'ensemble de ces troubles se caractérisent par des symptômes dans le champ de la perturbation identitaire, de l'altération relationnelle et de la dysrégulation émotionnelle. Plusieurs études retrouvent une prévalence plus élevée des états de stress post-traumatiques chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, qui serait estimée autour de 20% (47,49). En ce qui concerne les états de stress post-traumatiques complexes, ceux-ci pourraient être retrouvés chez près de 80% des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline d'après une étude réalisée en population adulte (55). Certains auteurs suggèrent même un continuum dans l'évolution de ces entités cliniques, le trouble de la personnalité borderline, caractérisé par l'impulsivité, pouvant faire suite à l'état de stress post-traumatique complexe, caractérisé par le détachement, lui-même succédant à l'état de stress post-traumatique, caractérisé par l'hypervigilance (56).

La comorbidité avec les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion des aliments

Le trouble de la personnalité borderline est le trouble de la personnalité le plus fréquemment retrouvé chez les patients présentant un trouble des conduites alimentaires (57). Par ailleurs, la prévalence des troubles des conduites alimentaires parmi les patients présentant un trouble de la personnalité borderline est supérieure à celle retrouvée en population générale, que ce soit pour l'anorexie mentale ou la boulimie (58). Cependant, les études comparant la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline à l'adolescence et à l'âge adultes sont contradictoires, certaines retrouvant des prévalences inférieures à l'adolescence (17, 48) et d'autres retrouvant des prévalences équivalentes (47,59).

La comorbidité avec les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Une étude menée sur le réseau EURNET-BPD retrouve chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline une prévalence estimée à 31% pour le trouble

oppositionnel avec provocation et estimée à 19% pour les troubles des conduites (47). Par ailleurs, la présence d'un trouble oppositionnel avec provocation durant l'enfance ou l'adolescence serait un facteur de risque dans l'émergence plus tardive d'un trouble de la personnalité borderline, notamment chez les garçons (60).

La comorbidité avec le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Il semble exister une co-occurrence importante entre le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence et le TDAH, avec une prévalence du TDAH estimée entre 15 et 25% chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (47, 48). Cette prévalence serait encore plus importante chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline avec une symptomatologie impulsive marquée (items 4 et 5 de l'approche catégorielle du DSM V) (61).

La comorbidité avec le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le trouble de la personnalité borderline et le trouble du spectre de l'autisme partagent des caractéristiques communes dans le champ des difficultés relationnelles et de la dysrégulation émotionnelle, pouvant faire craindre dans certaines situations de les confondre. Néanmoins, l'interaction entre ces deux troubles est peu étudiée, et les rares études réalisées retrouvent des prévalences du TSA identiques entre la population de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et la population générale, ainsi qu'inversement (62).

La comorbidité avec les troubles liés à une substance et les troubles addictifs

Plusieurs études ont pu démontrer un lien entre le trouble de la personnalité borderline et les troubles liés à une substance à l'âge adulte. Selon les études, la prévalence des troubles liés à une substance chez les patients adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline se situerait entre 50% et 65% (48, 63, 64). La moitié des patients adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline consommeraient de manière abusive ou seraient dépendants à l'alcool, et entre 37 et 47% consommeraient de manière abusive ou seraient dépendants à d'autres drogues (48, 65). A l'adolescence, une corrélation entre le trouble de la personnalité borderline et les troubles liés à une substance existerait mais serait moins importante qu'à l'âge adulte. La prévalence des troubles liés à une substance chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline serait comprise entre 35 et 45% (48, 66), les troubles liés à l'usage de l'alcool autour de 21% et les troubles liés à l'usage d'autres drogues autour de 28% (48). Ainsi, bien que cette prévalence soit inférieure à celle retrouvée chez les patients adultes

souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, elle reste conséquente et signe une apparition fréquente de cette comorbidité durant l'adolescence. Les hypothèses psychopathologiques évoquent l'impulsivité comme symptôme ou facteur de risque commun aux deux troubles (63), ainsi que le rôle de la consommation de substances dans la régulation émotionnelle (66).

La comorbidité avec les autres troubles de la personnalité

Les études qui explorent la comorbidité entre le trouble de la personnalité borderline et les autres troubles de la personnalité sont peu nombreuses et leurs résultats sont peu homogènes (17, 67, 68, 69). Malgré cela, il en ressort que les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont plus de risque de souffrir également d'un trouble de la personnalité du cluster C (obsessionnel-compulsif, évitant, dépendant) que les adolescents en population générale (67). Par ailleurs, le trouble de la personnalité anti-social (cluster B) est plus souvent retrouvé chez les adolescents de sexe masculin souffrant d'un trouble de la personnalité borderline que dans leur population générale (67).

La comorbidité avec la dysphorie de genre

La dimension identitaire est commune au trouble de la personnalité borderline et à la dysphorie de genre. Bien que la co-occurrence entre ces deux entités soit notable en pratique clinique, les données scientifiques, qu'elles soient d'ordre épidémiologique ou psychopathologique, restent à ce jour vagues, limitées, et contradictoires (70, 71).

Troisième chapitre : Hypothèses psychopathologiques et facteurs de risque

Comme pour la plupart des pathologies psychiques, l'apparition et le développement de la pathologie borderline semble résulter de l'interaction entre des fragilités génétiques, tempéramentales (72) et des facteurs de stress constitués par des événements de vie (73). Ce modèle de vulnérabilité-stress est superposable au modèle biopsychosocial pour le trouble de la personnalité borderline évoqué par des auteurs tel que M.M Linehan et J. Paris, qui décrit les champs d'expression des vulnérabilités et des facteurs de stress (74).

La vulnérabilité génétique

Plusieurs études, menées sur des échantillons plus ou moins importants, ont montré une héritabilité considérable du trouble de la personnalité borderline, variant entre 40 et 70% selon les études (75,76). Quelques études ont cherché à expliquer cette héritabilité, s'intéressant à la méthylation de l'ADN et à l'intervention de micro-ARNs, mais il n'existe à ce jour pas de consensus sur un modèle explicatif unique (77, 78). Par ailleurs, il ne semble pas non plus exister de gène unique influençant l'apparition du trouble, mais l'implication de plusieurs gènes a pu être mise en évidence, certains d'entre eux se trouvant sur le chromosome X et pouvant potentiellement expliquer une différence de symptomatologie entre les sexes (79). L'influence de ces gènes semble néanmoins grandement conditionnée par une composante environnementale, quelques recherches en épigénétique ayant pu démontrer l'impact de certains événements de vie, notamment les traumatismes dans l'enfance, dans les processus de méthylation des acides nucléiques (80,81). En somme, il semble exister un phénotype regroupant des caractéristiques telles que l'impulsivité et la labilité émotionnelle et prédisposant à l'émergence d'un trouble de la personnalité borderline en cas de facteurs de stress associés (81).

Les facteurs de stress

Au cours du développement précoce de l'individu, deux types de facteurs de stress semblent majoritairement liés à l'émergence du trouble de la personnalité borderline : les maltraitances et les séparations (82).

Les maltraitances dans l'enfance peuvent revêtir six formes : les abus sexuels, les abus physiques, les abus verbaux/psychologiques, les négligences physiques, les négligences émotionnelles et les négligences éducatives (83).

Les abus sexuels concerneraient plus d'un adolescent sur six souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (83), fréquence significativement plus importante que celle au sein de la population générale ou d'autres populations cliniques (84). Par ailleurs, les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline qui auraient subis un ou plusieurs abus sexuels présenteraient un risque suicidaire plus important (85) et un taux de rémission plus faible (86) que les autres adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

L'exposition à des abus physiques serait également davantage retrouvée chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline que chez leur pairs (87, 88) et débiterait dans la plupart des cas entre les âges de 6 ans et 12 ans (83).

Les abus verbaux et psychologiques ont fait l'objet de peu d'études, mais une étude de 2001 réalisée par Johnson et al. décrit un risque trois fois plus important de développer un trouble de la personnalité borderline, narcissique, obsessionnel-compulsif ou paranoïaque en cas d'exposition à des violences verbales ou psychologiques dans l'enfance (89). Par ailleurs, une étude réalisée sur le réseau EURNET-BPD retrouve des antécédents d'abus verbaux ou psychologiques chez près d'un tiers des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (83).

Cette même étude retrouve des antécédents de négligences physiques chez plus d'un tiers des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (83). Cette association des négligences physiques et émotionnelles avec le trouble de la personnalité borderline a également été retrouvée dans une étude réalisée par Jovev et al. en 2013 (90). Les négligences éducationnelles semblent également jouer un rôle dans l'émergence du trouble de la personnalité borderline, comme le montre une étude réalisée par Johnson et al. en 2000 (91). Les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline décriraient plus souvent une relation avec leurs parents marquée par un lien peu chaleureux, une faible expression d'affection, un manque de soins et une recherche de contrôle (83).

Ces abus et ces négligences peuvent également être observés en dehors du cadre familial, et notamment dans le cadre scolaire (92).

Le caractère répété et prolongé de ces abus et de ces négligences est essentiel à souligner. Seuls les abus sexuels sont décrits comme le plus souvent ponctuels, mais au-delà de cela, la victime reste dans la plupart des cas en contact avec son agresseur et la judiciarisation des faits est loin d'être systématique (83).

Les séparations telles qu'elles sont évoquées ici englobent l'indisponibilité, l'absence, le rejet et la perte.

Les antécédents de séparation physique entre l'individu et ses parents sont fréquents chez les adolescents présentant un trouble de la personnalité borderline. Près d'un cinquième d'entre eux ont vécu une séparation de plus d'un mois avant l'âge d'un an, et plus d'un cinquième d'entre eux ont vécu une séparation cumulée de plus d'un an, en moyenne avant

l'âge de six ans et demi (83). Une séparation prolongée – plus d'un mois – avec la mère avant l'âge de cinq ans semble constituer un facteur de risque important étant donné qu'elle était retrouvée six fois plus souvent chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline que chez les sujets sains ou les patients souffrant d'un autre trouble psychiatrique (93, 94). Les périodes de séparation avec le père semblent également jouer un rôle non négligeable (95). Les placements en famille d'accueil ou en lieu de vie, en particulier lorsqu'ils durent plus d'un an, semblent de la même manière constituer un facteur de risque (83).

Ces séparations peuvent également concerner les interactions précoces durant les premiers mois de vie du nourrisson. En effet, le nourrisson entre très tôt en interaction avec son environnement, notamment avec sa mère, dans un « accordage affectif » comme l'a qualifié Daniel Stern. Cette étape primordiale de son développement serait mise en péril par le retrait de communication, l'absence de réponses de la figure parentale, qui joueraient un rôle majeur dans l'émergence du trouble de la personnalité borderline (96). Par ailleurs, ces interactions peuvent être entravées par l'existence d'une pathologie psychiatrique chez l'un des deux parents, qui apparaît comme plus fréquente dans le cas du trouble de la personnalité borderline que dans les autres troubles psychiatriques. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les troubles dépressifs et les troubles liés à une substance. Les antécédents de tentative de suicide d'au moins l'un des parents sont retrouvés chez un quart des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (83).

Le divorce des parents, les déménagements itératifs, et l'instabilité environnementale sont également évoqués par plusieurs auteurs (97,98).

Les remaniements psychologiques

Les interactions ayant lieu dans les premières années de vie et à fortiori dans les premiers mois de vie influencent les modalités d'attachement, les capacités de régulation émotionnelle et de contrôle de soi, ainsi que les processus de mentalisation de l'individu (99, 100, 101).

Selon les descriptions réalisées par John Bowlby dans les années 1970, la construction de relations sécurisées avec les figures d'attachement dans les premiers mois de vie se base sur deux facteurs : d'une part la capacité de l'enfant à se considérer comme une personne méritant l'attention, la protection, le réconfort et l'affection de sa figure d'attachement ; et d'autre part la perception par l'enfant de la figure d'attachement comme étant prête à offrir cette attention, cette protection, ce réconfort et cette affection . L'altération de l'un de ces facteurs conduirait à des modalités relationnelles insécures avec la figure d'attachement, basées sur des stratégies

secondaires mettant en jeu une hyperactivation et/ou une inhibition du système d'attachement. Ainsi, l'enfant développerait un attachement détaché dans le cas où il aurait une image de soi préservée et une image de la figure d'attachement dégradée, un attachement ambivalent dans le cas où l'image de soi serait dégradée mais où l'image de la figure d'attachement serait préservée, ou un attachement craintif lorsque l'une et l'autre de ces images seraient dégradées (102, 103). Une dernière modalité d'attachement a été définie par Main et Solomon à la fin des années 1980, qui décrivent une modalité d'attachement infructueuse, où l'enfant tenterait en vain et sans succès de mettre en place des stratégies secondaires, parfois contradictoires, pour parvenir à s'apaiser ; on parle alors d'un attachement désorganisé (104, 105).

Les différentes études s'intéressant aux modalités d'attachement chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline retrouvent une prévalence élevée des modalités d'attachement insécures, pouvant concerner jusqu'à trois quarts des patients (99, 106). La catégorisation des modalités d'attachement insécures majoritairement en présence varie selon les études ; bien que la plupart semblent retrouver des modalités d'attachement ambivalentes ou craintives chez la majorité des patients, certaines d'entre elles retrouvent davantage un attachement détaché (106). Il est toutefois à noter que les études prenant en considération la modalité d'attachement désorganisée dans leur évaluation retrouvaient cette modalité d'attachement chez la plupart des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (107). De plus, les modalités d'attachement insécures chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline semblent concerner non pas une seule mais l'ensemble de leurs figures d'attachement (99).

Les modalités d'attachement insécures viendraient directement impacter deux des quatre dimensions du trouble de la personnalité borderline, à savoir la perturbation de l'identité et l'hypersensibilité interpersonnelle. Par ailleurs, en ce qui concerne les deux autres dimensions, plusieurs études ont montré un lien entre les modalités d'attachement insécures et la dysrégulation émotionnelle et comportementale, tant sur le plan biologique que sur le plan psychopathologique (108,109).

En somme, le trouble de la personnalité borderline pourrait être compris et schématisé de la manière suivante : l'association d'une vulnérabilité génétique et d'une exposition à des facteurs prédisposants tels que les séparations – qu'elles relèvent de l'indisponibilité ou de la distance physique – ou les maltraitances – qu'elles relèvent d'abus ou de négligences – favoriserait l'installation de modalités d'attachement insécures chez l'individu et augmenterait le risque d'apparition de symptômes relevant de la perturbation identitaire, de l'hypersensibilité

interpersonnelle, de la dysrégulation émotionnelle ou du défaut de contrôle comportemental. Dans un premier temps, ces symptômes seraient inconstants et peu spécifiques, se manifestant à travers une hyperactivité, une faible adaptabilité, une humeur négative, des colères fréquentes, des traits caractériels, une intolérance à la séparation et un besoin constant d'être au centre de l'attention (110). Dans un second temps, ces symptômes se préciseraient autour d'une incapacité à contenir les débordements émotionnels (111, 112), d'une impossibilité de concevoir ses propres états mentaux et ceux d'autrui (101) et donc des difficultés dans la gestion des séparations sentimentales (83). Cette régulation émotionnelle, qui aurait été permise par la mise en place de relations et d'interactions sécurisées dans les premiers temps de vie, serait alors laissée à la mise en place de conduites souvent impulsives d'auto-agressivité et d'autosabotage (113), de mécanismes de défense le plus souvent maladaptatifs (114,115) qui viendraient apaiser un sentiment de perte de contrôle (116).

Tout ce raisonnement nous amène à conclure que le trouble de la personnalité borderline pourrait être considéré comme une pathologie du développement, affectant notamment les fonctions de régulation émotionnelle, de contrôle de soi et de mentalisation.

Les remaniements neurologiques et neurobiologiques

Les recherches en neuroanatomie et en neurobiologie se sont multipliées ces dernières décennies avec l'amélioration des méthodes d'imagerie et d'analyses ; et ce fait a également concerné les recherches à propos du trouble de la personnalité borderline (117).

Plusieurs études se sont intéressées aux structures cérébrales intervenant dans la régulation des actions et des émotions.

Sur le plan morphologique, les imageries cérébrales réalisées chez les individus adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline trouvent une taille réduite de l'amygdale et de l'hippocampe par rapport aux sujets témoins (118). D'autres études sur la morphologie du cortex singulaire antérieur et du cortex orbito-frontal retrouvent des résultats contradictoires (119).

Sur le plan fonctionnel, certaines études ont montré un hypométabolisme du glucose dans le cortex préfrontal et dans le système limbique, suggérant un défaut de régulation du système limbique par le cortex préfrontal chez les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline (120). D'autres études ont montré une hyperactivation de l'amygdale en cas d'exposition à des stimuli émotionnels chez les patients souffrant d'un trouble de la

personnalité borderline comparativement aux témoins sains (121). Enfin, certaines études se sont intéressées au rôle de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et ont montré une hypoactivation de l'axe à travers une sécrétion diminuée de cortisol dans les situations de stress chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (122).

Sur le plan neurobiologique, des études ont montré des dysfonctionnements du système sérotoninergique chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline, en lien avec le gène codant pour un transporteur de la sérotonine (123). D'autres études ont également montré l'implication du système dopaminergique (124).

La plupart des études citées ont été menées au sein de populations adultes, et les quelques études réalisées au sein de populations adolescentes retrouvent pour la majorité d'entre elles peu de différences entre les échantillons de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et les échantillons témoins (119). Une des hypothèses pourrait être que la plupart de ces particularités neurologiques et neurobiologiques seraient une conséquence de l'évolution de la pathologie borderline plutôt qu'une cause.

De manière non spécifique au trouble de la personnalité borderline, il semble également important de rappeler que les structures cérébrales frontales, qui sont impliquées dans le contrôle, la planification et l'inhibition, sont encore immatures durant l'adolescence ce qui peut expliquer les comportements souvent agis, impulsifs des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline comparativement aux adultes.

Quatrième chapitre : Evolution du trouble et facteurs de mauvais pronostic

Une étude longitudinale a été réalisée par M.C Zanarini et ses collaborateurs en 2007 au cours de laquelle des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont été suivis sur une période de dix ans. Vingt-quatre symptômes évocateurs du trouble de la personnalité borderline ont été isolés, et leur évolution a été surveillée sur cette période. L'étude a démontré que l'évolution de l'ensemble de ces symptômes allait dans le sens de l'atténuation. Cependant, là où certains symptômes tels que l'impulsivité, les automutilations et les gestes suicidaires s'estompaient très rapidement au bout de deux ou quatre ans pour quasiment disparaître à la fin du suivi de dix ans ; d'autres symptômes tels que la dysphorie, le sentiment de vide, la peur de l'abandon et l'intolérance à la solitude semblaient plus latents (125).

Par ailleurs, les conséquences fonctionnelles d'une symptomatologie bruyante à l'adolescence, telles que l'isolement social, la déscolarisation, la dépendance affective ou la dépendance aux produits psychotropes, pourraient entraîner des répercussions à l'âge adulte (126).

L'émergence précoce du trouble, l'intensité des symptômes, la comorbidité addictive liée à l'usage de substances, ainsi que des difficultés interpersonnelles marquées seraient suggestives d'une moins bonne évolution de la pathologie borderline, tant sur le plan clinique que fonctionnel (127, 128).

Ainsi, l'évolution globale du trouble de la personnalité borderline tend vers la rémission, mais les spécificités individuelles et l'enchaînement prolongé des conséquences fonctionnelles justifient une considération précoce du trouble.

Cinquième chapitre : Conclusion

En conclusion de cette première partie, nous pouvons affirmer que la période de l'adolescence n'est pas seulement un âge où le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est « possible », comme le laisserait sous-entendre le cheminement nosographique actuel, mais il s'agit d'un âge où l'évolution du trouble de la personnalité borderline, en tant que pathologie du développement, est soumise à des enjeux majeurs, tant sur l'intensité des symptômes aigus tels que les conduites auto-dommageables ou les gestes suicidaires que sur la portée destructrice des conséquences fonctionnelles.

Ce constat a encouragé plusieurs auteurs ces dernières années à souligner l'importance d'un repérage et d'une intervention précoce dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline.

Deuxième partie : La prise en soins du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence

Une intervention précoce dans la prise en soins d'une pathologie ne peut avoir de sens que s'il existe des outils efficaces permettant de changer le cours de celle-ci. Il semble donc important de savoir s'il existe aujourd'hui des recommandations permettant d'orienter la nature des soins déployés pour permettre d'endiguer dès l'adolescence l'évolution du trouble de la personnalité borderline.

Premier chapitre : Principes généraux de la prise en soins

L'efficacité d'une intervention précoce dans le trouble de la personnalité borderline, et ce dès l'apparition des premiers symptômes à l'adolescence, a été suggérée par plusieurs études qui ont été regroupées au sein d'une collaboration, « The Global Alliance for Prevention and Early Intervention for BPD » (35). Elle permettrait, pour les patients souffrant d'une symptomatologie subclinique (moins de cinq symptômes sur les neuf définis par le DSM V), légère ou modérée, de parvenir à une rémission plus rapide des symptômes et d'ainsi limiter les conséquences fonctionnelles ; tandis qu'elle permettrait aux patients souffrant de formes plus sévères d'atteindre un taux de rémission des symptômes plus important et d'ainsi améliorer leur autonomie.

Malheureusement, bien que plusieurs psychothérapies structurées aient pu montrer une efficacité sur certains symptômes du trouble de la personnalité borderline, tant à l'âge adulte que durant la période de l'adolescence (129), leur démocratisation reste relativement limitée, d'une part en raison de la durée et du coût des formations nécessaires, d'autre part en raison du caractère partiel des résultats obtenus (130).

De ce fait, des approches générales dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline, cherchant à être globalement plus efficaces en étant plus accessibles, ont été réfléchies (131). L'une d'entre elle a été formulée par J. Gunderson en 2001 puis développée durant les décennies suivantes en coopération avec P. Links sous l'énoncé du « Good

Psychiatric Management (GPM) » (132) avant d'être reprise et adaptée à la période de l'adolescence par L. Choi-Kain et C. Sharp (133).

Le « Good Psychiatric Management pour adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline » (GPM-A) peut être schématisé à partir de trois grands axes : la mise en place de soins structurés, l'adoption d'une posture active de la part du thérapeute, et la compte de « la vie en dehors du traitement » (133).

Mettre en place des soins structurés

L'architecture des soins proposés à l'adolescent doit reposer sur un socle solide, constitué par la clarté de l'énoncé et la transparence de l'information au sujet du diagnostic de trouble de la personnalité borderline, tant auprès du patient qu'auprès de son entourage. En effet, bien que le diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence soit aujourd'hui reconnu, l'annonce diagnostique reste inconstante et souvent réservée aux cas les plus graves. Dans près de la moitié des cas, les remaniements psychologiques à l'adolescence constituent le motif cité pour justifier l'absence de diagnostic (134).

Pourtant, cette annonce diagnostique permet au patient et à sa famille une meilleure compréhension des difficultés rencontrées, et limite la place laissée à des compréhensions ou des interprétations erronées. Elle articule le cadre de soins et permet de définir la fréquence des rendez-vous avec l'adolescent, le plus souvent hebdomadaire, ainsi que l'implication de la famille dans ce suivi.

Les premiers rendez-vous sont réservés à la réalisation d'une psychoéducation, qui permettrait à elle seule de réduire les symptômes du trouble de la personnalité borderline (135). La psychoéducation permet au thérapeute de valider le vécu de l'adolescent et d'exprimer son empathie, tout en donnant l'occasion à ce dernier de reprendre un rôle actif sur l'évolution des symptômes. Par ailleurs, cette psychoéducation permet à travers un partage de connaissances sur le trouble de la personnalité borderline, de valoriser le patient dans ses décisions et dans ses expériences. Elle forge une alliance thérapeutique, qui au-delà d'une adhésion du patient aux soins mis en place, constitue une véritable collaboration entre le patient et le thérapeute. Cette alliance thérapeutique peut revêtir une composante relationnelle basée sur l'affect et l'empathie, une composante contractuelle permettant de définir le rôle et les objectifs de chacun, ou encore une composante « de travail », intégrant une dimension cognitive à travers des échanges motivationnels.

L'efficacité des soins mis en place doit être régulièrement réévaluée avec le patient et sa famille afin de permettre une remise en question de l'ensemble des acteurs en présence. Ces réévaluations favorisent l'impulsion d'un changement, tant en ce qui concerne le cadre des soins proposés qu'en matière de gestion de comportements ou d'événements quotidiens par le patient et sa famille.

Adopter une posture active

La plupart des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont recours à différentes manœuvres d'évitement comme la passivité, le désintérêt, ou encore l'intellectualisation excessive lorsqu'il s'agit de parler de soi ou de ses émotions. Ainsi, une posture passive du thérapeute mène souvent à une impasse dans les soins proposés, d'autant plus qu'elle sera vécue par ces adolescents comme étant hostile à leur égard (136). Il est ainsi essentiel pour le thérapeute de faire preuve de créativité, de curiosité et d'humour afin de déconstruire l'atmosphère solennelle de l'entretien et d'inviter le patient à un échange sincère.

Dans un premier temps, la posture active du thérapeute se traduit par de l'intérêt pour l'adolescent qu'il transmet à travers les questions posées et la considération apportée aux réponses. Le thérapeute n'a pas le devoir de rester neutre et peut à certains moments être amené à partager son point de vue ou son ressenti à condition que cela soit utile pour l'adolescent. Il peut également reconnaître ses incompréhensions et ses erreurs.

Plus tard dans la prise en soins, cette posture active permet de convaincre l'adolescent qu'un changement est attendu, en fixant avec lui des objectifs à long terme et en évaluant avec lui à chaque étape le progrès effectué dans ses stratégies d'adaptation.

À tout moment de la prise en soins, le thérapeute doit rester vigilant quant à l'image que l'adolescent a de lui, en s'assurant notamment que celui-ci ne mette pas en place des mécanismes d'idéalisation ou de dévalorisation et que la relation qui les lie reste une relation professionnelle.

Considérer « la vie en dehors du traitement »

Le modèle du GPM-A se base sur l'hypothèse que l'hypersensibilité interpersonnelle est le symptôme central du trouble de la personnalité borderline, dans le sens où celui-ci serait intrinsèquement lié aux autres symptômes et où son évolution serait prédictive de l'évolution générale du trouble (137).

A partir de là, il paraît évident que le thérapeute ait à s'intéresser au quotidien, aux activités, aux relations de l'adolescent car ceux-ci revêtissent une double importance. D'une part ils constituent le terrain de cette hypersensibilité interpersonnelle et donc un objet de réflexion et de travail ; d'autre part ils abritent des alternatives permettant à l'adolescent d'exercer ses stratégies d'adaptation, par exemple par la construction d'espaces personnels dignes d'intérêt.

L'intérêt manifesté à la vie de l'adolescent permet également d'encourager sa responsabilisation au quotidien, notamment en ce qui concerne sa santé et son bien-être. Il semble essentiel d'aborder des sujets tels que la scolarité, les loisirs, l'activité physique, l'alimentation, le sommeil ou encore la sexualité.

Enfin, il convient de s'assurer de l'implication de la famille pour permettre d'évaluer et d'améliorer la communication entre l'adolescent et ses proches, les difficultés relationnelles intra-familiales étant l'une des causes de l'émergence de symptômes aigus en lien avec un débordement émotionnel.

Deuxième chapitre : L'approche psychothérapeutique

La psychothérapie est un abord qui permettrait une évolution favorable des symptômes du trouble de la personnalité borderline, tant à l'âge adulte qu'à l'adolescence (129, 138). Bien que la psychothérapie de soutien, qui repose sur une relation empathique permettant d'accompagner le patient dans la formulation de sa souffrance et de ses difficultés ainsi que dans l'amélioration de son estime de soi, de son quotidien et de sa projection dans l'avenir soit l'approche la plus commune, d'autres approches plus structurées ont émergé dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline et ont été adaptées à l'âge de l'adolescence (129,139). Celles ayant fait l'objet de la majorité des recherches à l'heure actuelle sont : la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie focalisée sur le transfert (TFT) et la thérapie des schémas (TS) (140, 141, 142).

La thérapie comportementale dialectique (TCD) et la thérapie des schémas (TS) sont des approches cognitivo-comportementales développées dans les années 1990 pour les patients adultes et adaptées dans les décennies suivantes aux patients adolescents. Elles disposent d'une application spécifique dans le champ des troubles de la personnalité, et notamment du trouble de la personnalité borderline.

La thérapie comportementale dialectique (TCD) a été développée par M. Linehan et ajustée à l'adolescence par A. Miller (TCD-A). Elle se base sur le modèle bio-psycho-social décrit précédemment, dans lequel les symptômes du trouble de la personnalité borderline sont considérés comme le produit d'une interaction entre une vulnérabilité sur les plans personnel, émotionnel, comportemental, interpersonnel et un environnement invalidant, venant exposer ces fragilités. Elle propose d'agir sur cette vulnérabilité individuelle et sur cet environnement invalidant à travers le développement de compétences psychosociales : « le mindfulness » sur le plan personnel, « la régulation émotionnelle » sur le plan émotionnel, « la tolérance à la détresse » sur le plan comportemental et « l'efficacité interpersonnelle » sur le plan interpersonnel (143). Les principales modifications réalisées dans l'application de cette approche aux adolescents concernent une implication plus importante des familles (144).

La thérapie des schémas (TS) a été développée par J. Young. Elle ne dispose pas d'une adaptation formalisée à la patientèle adolescente, mais reste réalisable au sein de cette tranche d'âge (145). Elle reprend également le modèle bio-psycho-social et décrit l'émergence de « schémas » dysfonctionnels à partir d'une vulnérabilité tempéramentale et d'expériences de vie négatives, en s'intéressant notamment aux périodes précoces du développement. Le travail autour de ces schémas se fait au sein d'un cadre structuré autour de cinquante séances, et cette psychothérapie ne dispose pas d'applications dans le champ des symptômes plus aigus (146).

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM) a été élaborée par Bateman et Fonagy dans les années 1990 spécifiquement pour la prise en soins du trouble de la personnalité borderline puis adaptée à l'adolescence (TBM-A). Elle se construit autour de l'hypothèse selon laquelle la symptomatologie du trouble de la personnalité borderline est le résultat d'un échec dans la mise en place des processus de mentalisation, c'est-à-dire des capacités de l'individu à se représenter chez lui et chez autrui des états mentaux cohérents et dynamiques, qui restent bloqués à des stades archaïques de leur développement, dits de pré-mentalisation. Ce défaut de mentalisation serait la conséquence d'une insécurité dans la construction des relations d'attachement. La thérapie basée sur la mentalisation a pour objectif de permettre au patient d'acquérir cette capacité à mentaliser afin d'aboutir à une diminution des symptômes (147).

La thérapie focalisée sur le transfert (TFT) est une approche psychodynamique formulée par O. Kernberg à partir des années 1980 et basée sur des principes psychanalytiques. Elle vise à faire évoluer la structure de la personnalité du patient à travers l'investissement de l'expérience relationnelle vécue au sein de l'espace thérapeutique. Elle permettrait ainsi une observation et une prise de conscience des représentations de soi et d'autrui (148). De la même

façon que pour la thérapie des schémas, la thérapie focalisée sur le transfert se réalise sur un long-terme et ne permet pas d'applications brèves. Son utilisation chez les adolescents a été décrite, notamment chez les patients pour lesquels la perturbation identitaire est un symptôme majeur (149).

L'efficacité de ces psychothérapies structurées a été nettement démontrée chez les adultes puis chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (139). Néanmoins, lorsque leur efficacité est comparée à celle d'autres psychothérapies plus générales et moins formalisées, la différence retrouvée par les essais randomisés reste modeste (150). Malgré tout, il semblerait que la thérapie comportementale dialectique et la thérapie basée sur la mentalisation permettraient une amélioration plus rapide des symptômes, notamment les symptômes aigus tels que les tentatives de suicide ou les automutilations, une meilleure observance des soins, et un recours moins important aux systèmes de soins d'urgence (151, 152, 153). La mise en application de certains principes de ces psychothérapies serait donc utile lors de la manifestation d'une symptomatologie aiguë chez le patient et sur une temporalité précoce de l'évolution du trouble, rendant intéressante son emploi à l'adolescence en regard des conclusions réalisées dans la première partie de ce document.

Troisième chapitre : Les groupes thérapeutiques

Alors que l'intérêt de la mise en place de groupes thérapeutiques pour les patients adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline a été clairement établi (154), leur rôle dans le parcours de soins des adolescents souffrant de la même pathologie est plus discuté (155).

En apparence, les groupes thérapeutiques semblent occuper une place de choix dans le traitement du trouble de la personnalité borderline. En effet, les représentations de soi et les liens à l'autre étant au cœur de la psychopathologie du trouble de la personnalité borderline, les groupes thérapeutiques devraient en toute vraisemblance constituer un espace de travail intéressant et pertinent. D'une part, les situations de groupe participent à la psychoéducation du patient car elles lui permettent d'écouter d'autres patients évoquer leurs difficultés, ce qui pourrait réduire son sentiment de honte ou d'isolement et conduire à une meilleure acceptation du trouble et des soins ; de voir d'autres patients exprimer des sentiments ou des émotions qu'il a tendance à éviter ou au contraire qui ont tendance à le déborder, ce qui lui permettrait de

remettre en question son propre fonctionnement. D'autre part, les situations de groupe s'apparentent à un terrain d'exercice et d'évolution, permettant au patient d'expérimenter et d'observer ses comportements dans une perspective relationnelle, de se rendre compte des émotions entrant en jeu et de l'aspect délétère de certaines de ses actions, et ainsi penser voire amorcer un changement. Pour cette raison, les principales approches psychothérapeutiques dans le trouble de la personnalité borderline comme la thérapie comportementale dialectique ou la thérapie basée sur la mentalisation intègrent des temps de groupe au sein de leur structuration (155, 156).

Malgré cela, la mise en place de groupes thérapeutiques dans la prise en soins d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline semble se confronter à plusieurs limites. La première est le fait que les essais cliniques réalisés sont peu nombreux et n'ont pas retrouvé d'efficacité significative au sein de cette population (155). La seconde est la possibilité d'observer pour certains patients une stagnation ou une aggravation des symptômes, voire l'apparition de symptômes jusque-là absents, notamment en ce qui concerne les comportements agis tels que les automutilations (157). Ce phénomène peut s'expliquer par le rétrocontrôle positif sur les symptômes exercé par la situation de groupe et notamment le sentiment d'appartenance à ce dernier. Pour cette raison, certains auteurs invitent à favoriser chez ces adolescents l'intégration à des groupes de pairs en dehors de la structure de soins, notamment à travers des activités extra-scolaires (158).

En somme, bien que les groupes thérapeutiques semblent apporter des outils importants dans la prise en soins des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, il convient de limiter leurs effets indésirables, et ce notamment en prédéfinissant les indications, les objectifs et le cadre de leur réalisation. Par exemple, ces groupes semblent opportuns pour les patients pour lesquels l'intégration au sein de groupes d'activités scolaires ou extra-scolaires semblent temporairement inenvisageable, pour leur permettre de développer des compétences psycho-sociales en vue de faciliter cette intégration à l'avenir. Par ailleurs, la réalisation d'une psychoéducation, notamment au sujet des lésions auto-infligées, semble pertinente en amont de la mise en place du groupe.

Quatrième chapitre : Les interventions familiales

La dynamique familiale noue une relation cyclique avec la constitution du trouble de la personnalité borderline. D'un côté, le manque d'implication, la négligence, le rejet, les séparations prolongées, les abus, ou encore les comportements inappropriés au sein de la sphère familiale, et notamment de la part des parents, constituent des facteurs de risque avérés dans l'émergence du trouble de la personnalité borderline. De l'autre côté, les symptômes du trouble de la personnalité borderline déstabilisent souvent les liens familiaux, en générant chez l'entourage un épuisement pouvant aboutir à des réactions disproportionnées, qu'elles soient intrusives ou au contraire désengagées (159).

Ainsi, plusieurs études mettent en avant une corrélation entre l'évolution du trouble de la personnalité borderline chez un individu et l'évolution de la dynamique familiale qui l'entoure (160). A titre d'exemple, une étude menée en 2014 par D.J. Whalen et al. s'intéressait à des dyades mère/fille au sein desquelles les filles souffraient d'un trouble de la personnalité borderline. Cette étude montrait une évolution plus favorable des symptômes lorsque les mères montraient des comportements de validation, de soutien, des positionnements favorisant l'autonomie, et des affects positifs (161).

Les différentes approches psychothérapeutiques, qu'elles soient générales à l'image du Good Psychiatric Management, ou davantage formalisées comme c'est le cas pour la thérapie comportementale dialectique et la thérapie basée sur la mentalisation, soulignent l'importance de l'intervention familiale dans le traitement du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence (156, 162).

Cette intervention familiale peut prendre différentes formes en fonction des situations et des objectifs recherchés. Il peut s'agir de séances conjointes en présence du patient et de ses parents afin de permettre un travail de psychoéducation, une définition du cadre thérapeutique, une discussion et une médiation autour du quotidien de l'adolescent. Il peut s'agir de séances uniquement avec les parents, ou même avec la fratrie, dans un but d'information, de guidance et de soutien. Cet objectif est également rempli par les groupes de soutien tel que le groupe « Connexions familiales », réunissant les familles de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (163). La thérapie comportementale dialectique étend les compétences psychosociales travaillées avec l'adolescent à l'entourage, afin de permettre un apaisement de la charge émotionnelle intrinsèque aux interactions familiales (164).

Le recours à une thérapie familiale peut également s'avérer nécessaire, mais il concerne des situations plus rares où la communication intrafamiliale est suffisamment aboutie pour le permettre (133).

Quelle que soit sa forme, l'intervention familiale a pour objectif de limiter l'impact de relations familiales délétères et de favoriser l'adhésion et le soutien de l'entourage afin de permettre une meilleure évolution du trouble de la personnalité borderline chez l'individu.

Cinquième chapitre : Les interventions scolaires

En pratique, il n'est pas rare d'observer des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline pour lesquels le parcours scolaire est parsemé d'obstacles. Ce fait est bien décrit par une étude réalisée sur le réseau EURNET-BPD par M. Jeannot et al. en 2013. Dans cette étude, l'auteure décrit l'ampleur de l'instabilité scolaire chez ces adolescents : l'interruption scolaire concernait 38% d'entre eux, contre 0% des témoins ; l'absentéisme régulier, soit des absences cumulées de plus de deux semaines, concernait 62% d'entre eux, contre 4% des témoins ; les changements d'établissement concernaient 70% d'entre eux contre 32% des témoins, avec des motifs souvent induits tels que les difficultés relationnelles, le faible niveau scolaire ou les exclusions disciplinaires ; les réorientations 8% d'entre eux contre 1% des témoins ; et les redoublements 50% contre 12% des témoins. Cette instabilité sur le plan scolaire a de nombreuses répercussions tant sur les potentialités propres de l'individu, sur ses relations familiales, sur sa socialisation, ou encore sur la qualité de son parcours de soins avec un recours plus fréquent aux hospitalisations à temps complet (165).

La prise en considération de ces chiffres justifie de rechercher au sein des établissements scolaires un ou plusieurs interlocuteurs stables afin d'établir une cohésion entre le parcours de soins et le parcours scolaire. Ce lien permettrait, à travers une meilleure compréhension des difficultés de l'adolescent, de limiter sa stigmatisation. Il favoriserait également l'application de certains des principes de base de la prise en soins, cités précédemment, au sein de l'établissement scolaire (133).

D'autant plus que pour les adolescents ayant été hospitalisés, la période de reprise scolaire est critique par la charge émotionnelle et les craintes qu'elle peut engendrer (166). Ce constat justifie un accompagnement de l'adolescent durant cette période, bien qu'il n'existe à ce jour aucun consensus sur des recommandations pratiques (167). De la même manière, la

poursuite de la scolarité dans les situations où l'état clinique du patient le permet, notamment grâce aux moyens technologiques actuels, est évoquée par certains auteurs, mais est de fait rarement mise en application (168).

Cette articulation entre les structures de soins, les familles et les établissements scolaires permet d'améliorer la stabilité et la cohérence des environnements au sein desquels évolue l'adolescent, qui constituent des caractéristiques primordiales dans le cours du trouble de la personnalité borderline. Cette stabilité et cette cohérence sont parfois mises à défaut par l'intensité des symptômes présentés par l'adolescent, et rendent ainsi irréalisable son maintien en milieu scolaire ordinaire, moins contenant. Il convient alors dans ces situations de renforcer l'articulation entre les soins et la scolarité, ce qui rend tout à fait pertinents les services de soins-études. Ces structures ont vocation à conjuguer la prise en soins institutionnelle du trouble psychiatrique avec la réadaptation aux études (169). En ce sens, elles se rapprochent des structures de réhabilitation et de remédiation cognitive, bien plus représentées pour les populations adultes que pour les populations adolescentes (170).

Sixième chapitre : La prescription médicamenteuse

L'usage d'un ou de plusieurs traitements psychotropes est commun chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, y compris les adolescents. En effet, les données qualitatives retrouvées par les différentes études réalisées au sein d'échantillons d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline retrouvent une prescription médicamenteuse pour environ deux tiers des patients, composée de plusieurs lignes de traitement dans plus de deux tiers des cas (171). En France, les classes médicamenteuses les plus souvent retrouvées sont les phénothiazines, quasi-exclusivement représentées par une molécule, la cyamémazine ; les anti-dépresseurs ; et les anti-psychotiques de deuxième génération. Il est par ailleurs retrouvé une proportion non négligeable de prescription de benzodiazépines, principalement l'alprazolam, malgré les risques et les effets indésirables avérés dans le trouble de la personnalité borderline, à fortiori à l'adolescence (mésusage, dépendance, effets néfastes sur l'évolution de l'état de stress-post-traumatique simple ou complexe s'il existe) (172, 173).

Cependant, les recommandations effectuées à partir de l'analyse des différents essais randomisés, réalisés pour la majorité d'entre eux au sein de populations adultes, ne soutiennent pas la fréquence élevée de cette prescription médicamenteuse (174).

A ce jour, aucun médicament n'a montré un niveau de preuve suffisamment robuste dans le traitement du trouble de la personnalité borderline. Néanmoins, la prescription d'un traitement thymo-régulateur, qu'il s'agisse d'un anti-psychotique de deuxième génération ou d'un anti-épileptique, a démontré une certaine efficacité sur la plupart des symptômes du trouble de la personnalité borderline, que ce soit l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle, les problèmes interpersonnels, l'auto-agressivité ou encore la colère. Cette efficacité doit néanmoins être confirmée par des études de plus grande ampleur. Certaines études ont également montré un effet des acides gras oméga-3 sur la dépressivité ou encore l'auto-agressivité, mais leur usage reste limité en pratique courante (171, 174).

Par ailleurs, les comorbidités du trouble de la personnalité borderline sont nombreuses et certaines d'entre elles, à l'image des épisodes dépressifs caractérisés ou du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, peuvent justifier une prescription médicamenteuse lorsqu'elle est indiquée (171, 174).

Dans tous les cas, la prescription médicamenteuse chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline requiert une certaine vigilance, notamment en regard des effets indésirables des médicaments prescrits. Il convient de limiter la prescription à une seule molécule, et de contrôler la durée de la prescription à travers une réévaluation systématique de son indication. Il convient également de surveiller assidument l'apparition d'effets adverses, particulièrement d'un syndrome métabolique relativement fréquent lors de la prescription d'anti-psychotiques chez les adolescents (171, 174).

Septième chapitre : L'hospitalisation

La place de l'hospitalisation dans le parcours de soins des patients présentant un trouble de la personnalité borderline est soumise à des évaluations contradictoires.

D'un côté, bien qu'aucune étude n'ait prouvé le bénéfice d'une hospitalisation à temps complet dans la prévention du risque suicidaire chez les patients borderline – cette suicidali t  étant d'ailleurs qualifiée de chronique par plusieurs auteurs, les diff erentes recommandations en termes d'évaluation du risque suicidaire, confrontées aux propos ou aux actes souvent inquiétants et extrêmes des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, préconisent un temps d'hospitalisation (175).

De l'autre côté, il est préconisé de privilégier un parcours de soins ambulatoire pour les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, ces derniers étant particulièrement sensibles à une iatrogénie hospitalière en termes de dépendance, d'institutionnalisation de renforcement positif des conduites auto-dommageables ou suicidaires et de désinsertion sociale et professionnelle (175, 176).

Ces contradictions sont exacerbées dans le cas des patients adolescents, chez lesquels les conduites auto-dommageables et suicidaires sont plus fréquentes comme il l'a été mentionné dans la première partie, et pour lesquels la dépendance institutionnelle est, par leur âge, plus redoutable et délétère (177).

En somme, deux caractéristiques se dégagent de l'hospitalisation dans le cas des adolescents présentant un trouble de la personnalité borderline. La première est que celle-ci doit être courte. Plusieurs auteurs préconisent de limiter la durée de l'hospitalisation à une semaine, M. Linehan suggérant même de limiter le temps d'hospitalisation à une journée. Le temps d'hospitalisation peut également être raccourci à travers une prise en soins en hôpital de jour, limitant ainsi certains des effets adverses de l'hospitalisation à temps complet (178). La seconde est que celle-ci doit être structur e. L'hospitalisation doit répondre à des objectifs prédéfinis, qui imposent des soins et une durée spécifique. A titre d'exemple, un modèle holistique reposant sur une période d'hospitalisation de trois semaines décomposée en trois étapes de contenances globale, locale et individuelle a été développé au sein du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (179).

Huitième chapitre : Conclusion

La prise en soins du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence doit être multimodale et échelonnée.

L'approche psychothérapeutique a démontré une efficacité sur l'évolution des symptômes. Les différentes psychothérapies présentent des similitudes : des soins structurés, une posture active du thérapeute, un travail autour des émotions, une prise en considération des relations familiales et sociales, une thérapie orientée vers le changement. Cette approche psychothérapeutique doit inclure ou être associée à un travail groupal, une intervention familiale, et une implication scolaire. Dans certaines situations, le traitement médicamenteux et le recours à une hospitalisation peuvent être envisagés, mais il convient de minutieusement évaluer les bénéfices et les risques de ces thérapies en raison de leur iatrogénie.

Chacun de ces modes d'intervention doit être échelonné, c'est-à-dire adapté à l'intensité des symptômes et aux besoins de l'adolescent. La psychothérapie peut être générale ou plus formalisée, l'approche groupale peut se faire à travers des activités extra-scolaires ou des groupes thérapeutiques, l'intervention familiale peut aller d'une simple psychoéducation à une thérapie familiale, l'intervention scolaire de la simple implication de l'administration scolaire à la mise en place de programmes aménagés voire la considération d'un établissement de soins-études. L'hospitalisation et le traitement médicamenteux peuvent être selon les situations envisagés ou au contraire évités au profit d'autres modalités de soin.

Ainsi, bien qu'il n'existe pas de recommandations uniques et directrices dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline, il existe à ce jour suffisamment de données pour orienter l'accompagnement de ces adolescents le plus précocement possible afin d'améliorer leur évolution.

Troisième partie : Projet de service et fonctionnement de l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE)

Les limites entourant la prise en soins des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA) du Centre hospitalier Henri Laborit (CHL) alimentent une constante réflexion. Les besoins et les risques en lien avec cette population clinique, tels qu'ils ont été présentés dans les précédentes parties de ce travail, justifient une adaptation des structures et des propositions de soins, à la hauteur des enjeux individuels et collectifs concernés. Cette démarche dynamique a été portée par le Professeur Ludovic Gicquel et s'inscrit dans une tradition de restructuration continue de l'offre hospitalière en fonction des évolutions cliniques et sociétales, telle qu'elle a été entreprise des décennies plus tôt par le Professeur Daniel Marcelli, notamment pour la prise en soins de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Premier chapitre : Description de l'unité

Historique de l'unité

L'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE) a été inauguré le 30 septembre 2024 après plus de deux années de construction. Cette unité d'hospitalisation a été bâtie comme une extension du pavillon Tony Lainé, au sein duquel elle se situe désormais. Ce pavillon abritait déjà les deux unités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie de l'adolescence du centre hospitalier Henri Laborit : l'Unité de soins et d'orientation (USO) et l'Unité de soins intensifs en pédopsychiatrie (USIP).

La création de cette unité est le produit d'un double constat.

Le premier est celui d'une prévalence en hausse des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline au sein de la population clinique rencontrée dans les services d'urgence et dans les unités d'hospitalisation à temps complet. Une revue de la littérature

réalisée par J.M. Guilé et al. en 2018 fait état d'une prévalence comprise entre 19% et 53% d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité parmi l'ensemble des adolescents admis sur les unités d'hospitalisation, et allant au-delà de 60% si l'on ne considère que les adolescents admis pour des idées ou un geste suicidaire. Aux urgences, la prévalence des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline parmi les adolescents admis pour des idées ou un geste suicidaire se rapproche même des 80% (170), ce qui sous-entend que la demande de soins chez ces adolescents est souvent immédiate et imprévisible.

Le second est celui de l'impasse des soins proposés aux adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline admis aux urgences à la suite d'une verbalisation d'idées suicidaires, d'automutilations graves ou d'un geste suicidaire. La répétition ou la gravité des idées ou des gestes suicidaires imposent de sécuriser au mieux l'environnement du patient, le plus souvent à travers une hospitalisation. Cependant, plusieurs auteurs, notamment Joel Paris, ont pu notifier la part délétère de ces hospitalisations, souvent itératives, qui occasionneraient une dépendance institutionnelle et un appauvrissement fonctionnel sans pour autant diminuer le risque suicidaire (175).

Les alternatives déployées sont nombreuses, notamment au travers des consultations en semi-urgence et des hôpitaux de jour intensifs, mais restent insuffisantes dans une partie des situations.

La création de l'unité de gestion de crise a vocation à prendre en considération le fait que l'hospitalisation à temps complet est dans certaines situations un recours inévitable. Néanmoins, cette unité a pour objectif de limiter la iatrogénie hospitalière, notamment en maintenant chez le patient un rôle actif, en gardant en perspective son existence à l'extérieur de la structure d'hospitalisation et en définissant avec lui des modalités et des objectifs précis durant son séjour. Cette unité cherche également à préserver les bénéfices de l'hospitalisation à temps complet, comme la mise à distance de l'environnement quotidien et l'élaboration d'un suivi ambulatoire structuré, en ajoutant le bénéfice d'un accès à des soins spécialisés dans le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence.

Ces objectifs nécessitent pour être menés à bien un effectif disposant de connaissances et de compétences spécifiques dans le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence, relativement rare relativement à la taille de cette patientèle (180) ; un environnement, mais également des temporalités, contenant et structurés pour l'adolescent ; ainsi qu'une homogénéité des indications d'hospitalisation permettant de rendre efficaces et cohérents les

groupes thérapeutiques mis en place. Au regard de ces éléments, un accueil au sein des autres unités d'hospitalisation du pavillon apparaît pour ces adolescents comme insuffisante, voire parfois délétère.

Architecture et locaux

L'APARTE se situe sur l'une des ailes du pavillon Tony Lainé, et a vocation à se déplacer sur une autre aile du pavillon, actuellement occupée par l'Unité de soins intensifs en pédopsychiatrie, après la réalisation de travaux dans les années à venir (première annexe).

Il s'agit d'une unité d'hospitalisation ouverte, comprenant à ce jour cinq lits d'hospitalisation à temps complet. L'unité dispose par ailleurs d'espaces communs exclusifs : un foyer, une salle à manger, deux salles d'activité. Certains espaces communs sont pour le moment partagés temporellement avec les autres unités du pavillon Tony Lainé, à l'image du patio extérieur, ou avec les autres unités du Centre hospitalier Henri Laborit, à l'image de la salle de culinothérapie.

Moyens humains

L'équipe soignante de l'APARTE se compose d'une équipe de jour et d'une équipe de nuit.

L'équipe de jour comprend :

- Un médecin pédopsychiatre, qui dispose d'un mi-temps réservé à l'unité
- Une cadre de santé, qui dispose d'un mi-temps réservé à l'unité
- Neuf infirmiers diplômés d'Etat, sept assurant les alternances matins/soirs et deux assurant une présence à la journée en semaine
- Trois éducateurs spécialisés, deux assurant les alternances matins/soirs et un assurant une présence à la journée en semaine
- Une neuropsychologue
- Une psychologue clinicienne
- Une psychomotricienne
- Une assistante sociale
- Une secrétaire médicale
- Une infirmière diplômée d'Etat coordinatrice
- Un médecin somaticien, qui dispose d'un temps partagé avec la Maison des soins somatiques et avec les autres unités du pavillon.

L'équipe de nuit est commune avec les deux autres unités du pavillon et se compose au total de six infirmiers diplômés d'Etat et de quatre aides-soignants.

Par ailleurs, l'unité est disposée à accueillir des professionnels en cours de formation (étudiants de médecine en deuxième ou troisième cycle, étudiants infirmiers, étudiants en psychologie, etc.).

Une astreinte médicale est réalisée sur l'unité, par l'ensemble des pédopsychiatres du pavillon en journée et par le pédopsychiatre d'astreinte durant les nuits, les week-ends et les jours fériés.

La répartition des effectifs médicaux et infirmiers en journée est illustrée dans la deuxième annexe. La plupart des soignants travaillant sur l'unité ont reçu une formation concernant la thérapie basée sur la mentalisation et la thérapie comportementale dialectique.

Temps d'échanges en équipe

L'une des caractéristiques de l'unité est la diversité des professionnels qui y travaillent, tant en termes de profession, d'orientation, de formation ou de spécialisation. Cette diversité impose pour prendre du sens des temps d'échanges réguliers. Ces réunions d'équipe peuvent se décomposer en trois temporalités, citées des plus au moins fréquentes :

- Les temps de transmission en début de matinée, qui se réalisent en présence du médecin de l'unité, des infirmiers et éducateurs présents du matin ou de journée, et éventuellement d'autres professionnels de l'unité en fonction de leur emploi du temps. Ces temps d'échange sont quotidiens durant les jours ouvrés, et permettent de discuter de l'évolution clinique, de l'évolution des objectifs prédéfinis et de l'évolution du projet de soins pour chacun des adolescents hospitalisés sur l'unité.
- Les réunions cliniques, qui ont lieu le jeudi après-midi et qui réunissent la grande majorité de l'équipe soignante. Ces réunions sont hebdomadaires et permettent de discuter d'une ou de deux situations cliniques de manière plus précise et détaillée, et peuvent notamment amorcer une réflexion d'équipe autour de situations où une impasse est repérée.
- Les réunions d'équipe, qui réunissent également la grande majorité de l'équipe soignante. Elles ont lieu toutes les six semaines et permettent de penser de manière continue l'organisation et le fonctionnement de l'unité.

Deuxième chapitre : Approche théorique

Les tentatives de suicide et les lésions auto-infligées dans le trouble de la personnalité borderline

Quatre groupements de symptômes définissent le trouble de la personnalité borderline : la perturbation de l'identité, la dysrégulation émotionnelle, le défaut de contrôle comportemental et l'hypersensibilité interpersonnelle. La place de la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations », tel que le symptôme est défini dans la cinquième édition du DSM, est bien singulière. Là où le défaut de contrôle comportemental semble s'inscrire dans la définition même du symptôme, les travaux de recherche de M. Sekowski et ses collaborateurs ont souligné l'importance de la perturbation identitaire dans l'émergence des idées et des gestes suicidaires (181), tandis que ceux de B. Mirkovitch et ses co-auteurs mettent en avant la place centrale de la dysrégulation émotionnelle (182). Par ailleurs, l'expérience clinique nous montre bien à quel degré la souffrance dans le lien à l'autre a une place prépondérante dans le déclenchement des conduites d'auto-mutilations et des gestes suicidaires, confirmant le rôle de l'hypersensibilité interpersonnelle. Ainsi, les gestes suicidaires et les auto-mutilations – plus largement le Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) selon le terme anglo-saxon – constitueraient un symptôme situé au croisement des expressions cliniques du trouble de la personnalité borderline.

Une étude réalisée en 2020 par A. Aouidad et al. a démontré que la population des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et ayant des antécédents multiples de tentatives de suicide se distinguait des autres populations d'adolescents suicidants par le caractère précoce de ces tentatives de suicides et par leur association avec les NSSI (183). D'autres études, notamment réalisées par O. Nakar et al. en 2015, M. Goodman et al. en 2017 et V.E. Stead en 2019, insistent sur le caractère plus fréquent et plus sévère des NSSI et des gestes suicidaires chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, comparativement aux adultes souffrant de la même pathologie (184, 185, 186).

Une méta-analyse réalisée en 2005 par M. Pompili et al. a montré une prévalence des suicides nettement plus importante chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline qu'au sein de la population générale (187), tandis que les travaux de G. Ilagan et L. Choi-Kain réalisés en 2019 ont mis en lumière les conséquences fonctionnelles, directes ou indirectes, des tentatives de suicide et des NSSI à l'adolescence (133).

La place centrale des gestes suicidaires et des NSSI dans le trouble de la personnalité borderline, leur fréquence et leur sévérité à l'adolescence, et les conséquences graves qu'ils peuvent entraîner, sont autant d'arguments qui ont justifiés la création d'une unité de soins spécifique.

Le modèle de soins de l'APARTE

Le modèle de soins proposé sur l'unité s'inspire des travaux réalisés par Christian Greiner, Martin Debbané, Vincent Besch et Paco Prada au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève en Suisse. Ainsi, il se base sur une intervention psychologique brève de sept jours, réalisée en milieu hospitalier, contractualisée avec le patient et basée sur la mentalisation. Cette intervention, se déroulant au décours d'un épisode de NSSI ou d'un geste suicidaire, se décompose en quatre étapes : l'accueil, le dévoilement de la crise, la formulation de la problématique et le travail sur la sortie (188).

La phase d'accueil

La phase d'accueil débute dès lors que le patient formule une demande de soins et que l'indication d'hospitalisation sur l'unité est affirmée par le pédopsychiatre responsable de l'évaluation du patient. Cette première phase, qui durera jusqu'à la fin du premier jour d'hospitalisation ou jusqu'au début du second, a pour objectif d'assurer un premier contact et une relation de confiance, de rechercher les éléments permettant une meilleure compréhension de la situation du patient, de permettre une fonction miroir et une validation empathique des ressentis du patient afin de briser son isolement, d'évaluer les capacités de mentalisation du patient et de laisser la place à l'expression de ses attentes quant à cette hospitalisation. Cette phase est indispensable au développement du concept de confiance épistémique, importante dans l'adhésion aux soins et au changement du patient (189).

Le dévoilement de la crise

Le travail autour du dévoilement de la crise débute au deuxième jour d'hospitalisation et dure jusqu'au quatrième. Le but de cette phase est d'utiliser les capacités de mentalisation du patient et de les étirer sur les axes de la mentalisation à travers des mouvements contraires entre soi et autrui, les pensées et les émotions, l'implicite et l'explicite, le vécu interne et les observations externes, afin de lui permettre d'accroître l'analyse et la compréhension de sa propre situation, mais également de se l'approprier.

La formulation de la problématique

Cette phase, qui débute au cinquième jour de l'hospitalisation et qui se termine le lendemain, a valeur de synthèse. Elle permet à l'adolescent de résumer les facteurs extérieurs et les facteurs propres impliqués dans la précédente crise et de les rendre reproductible à travers un plan de gestion de crise lui permettant de repérer, d'appréhender et d'alerter au cours des crises suivantes.

Le travail autour de la sortie

Cette dernière phase, qui débute la veille de la sortie d'hospitalisation, peut être imaginée comme une mise en exercice. Elle consiste à accompagner le patient dans la séparation, dans l'appréhension du retour à son quotidien habituel, qui constituent l'un et l'autre des facteurs qui pourraient précipiter une nouvelle crise. Le but est ici de rassurer le patient quant à sa capacité à utiliser les outils travaillés durant cette hospitalisation, et lui assurer l'existence d'une continuité entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Chacune de ces quatre phases cherche à accompagner le patient dans une meilleure compréhension de son fonctionnement et à nourrir son agentivité.

Troisième chapitre : Indications et modalités d'accueil

Les indications d'hospitalisation

La population accueillie sur l'unité se compose d'adolescents âgés de 12 ans à 17 ans, pour lesquels le diagnostic de trouble de la personnalité borderline a été établi cliniquement par un pédopsychiatre, et admis au sein d'une structure de soins (urgences ou centres médico-psychologiques) dans un contexte d'urgence ou de majoration d'idées suicidaires faisant craindre un passage à l'acte, de geste suicidaire, ou de comportement agressif.

L'hospitalisation sur l'unité est initiée sans délai à la suite de l'évaluation pédopsychiatrique aux urgences ou au sein d'un centre médico-psychologique, après que les soins somatiques nécessaires ont été prodigués.

L'hospitalisation sur l'unité requiert le consentement du patient et de ses représentants légaux, qui s'engagent à prendre part de manière active au projet de soins. Dans le cas contraire, d'autres alternatives seront envisagées.

Le contrat de soins

Le contrat de soins (troisième annexe) est un document formulant les engagements du corps soignant, du patient et de ses représentants légaux sur la durée de l'hospitalisation. Il est signé par chacun d'eux au début du séjour. Dans le cas où le patient ne vivrait pas chez ses représentants légaux, notamment dans les situations où le patient est placé au sein d'un lieu de vie ou d'une famille d'accueil, la personne ou la structure hébergeant l'adolescent est également invitée à signer le contrat de soins.

Ce document a pour objectif d'assurer au patient un environnement de soin structuré dans lequel il s'engage à évoluer de manière participative. Pour les représentants légaux et les structures d'accueil, il s'agit d'attester de leur implication dans les soins mis en place, étant donné que ces soins ont une portée qui dépasse la durée de l'hospitalisation. Ces considérations s'appuient sur les travaux de Choi-Kain et Gunderson réalisés en 2019 (132).

Le programme de soins

Le programme de soins (quatrième annexe) a été établi sous la forme d'un calendrier, d'une durée de sept jours. Il regroupe l'ensemble des rendez-vous, des médiations et des activités qui seront proposés sur la période de l'hospitalisation. Il notifie également les temps et les horaires de la vie institutionnelle.

Il est remis à l'adolescent à son admission, et permet ainsi de favoriser son investissement et de faciliter sa projection sur la semaine à venir.

Le premier jour du programme de soins (J1) est amorcé dès le premier matin ouvré que l'adolescent passe sur l'unité. Ainsi, dans les situations où l'adolescent venait à intégrer l'unité un après-midi ou un soir, ou bien sur une journée fériée, le premier jour du programme de soins sera défini au lendemain. De la même manière, pour un patient qui intègre l'unité entre le vendredi après-midi et le dimanche soir, le premier jour du programme de soins est défini au lundi suivant. Lors de son indication d'hospitalisation, le pédopsychiatre chargé de l'évaluation aux urgences ou au sein d'un centre médico-psychologique doit s'assurer de la disponibilité de l'un des responsables légaux ou de l'un des représentants de la structure d'accueil le matin du premier jour du programme de soins.

Les entretiens semi-structurés et les auto-questionnaires.

Dans le cas d'une première hospitalisation sur l'unité de gestion de crise, un entretien semi-structuré d'une durée d'environ trois quart d'heure est réalisé durant le premier jour d'hospitalisation afin de confirmer le diagnostic de trouble de la personnalité borderline.

Les auto-questionnaires sont des questionnaires multiples, que le patient peut remplir seul. Ils ne sont pas réalisés de manière systématique par les patients hospitalisés mais ils peuvent leur être proposés lorsque la situation l'indique. Ils peuvent avoir pour objectif d'explorer de manière plus précise les symptômes présentés par le patient, les comorbidités éventuelles, ou encore les facteurs de risque. Ils peuvent également avoir une portée institutionnelle ou de recherche, afin d'améliorer la qualité du service rendu. Ils sont dans ce dernier cas anonymisés lors de leur utilisation.

Quatrième chapitre : Spécificités des soins sur l'unité

Les entretiens individuels

Les entretiens individuels avec l'adolescent sont quotidiens.

Les entretiens médicaux, au nombre de trois, sont réalisés au début, durant, et à la fin de l'hospitalisation.

L'entretien réalisé à l'entrée du patient cherche à reprendre la biographie et à décrire les environnements au sein desquels l'adolescent évolue, permettant ainsi de faire sa connaissance et d'établir le socle de l'alliance thérapeutique. Ces environnements sont explorés de manière à mettre en lumière la dimension relationnelle au sein de chacun d'entre eux, souvent problématique chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. L'entretien permet d'ailleurs une observation clinique afin de préciser les symptômes présentés par l'adolescent, leur sévérité, leur impact quotidien, de repérer les éventuelles comorbidités et les antécédents médicaux, d'évaluer le risque suicidaire, d'adapter le cadre de l'hospitalisation, et de réévaluer le traitement médicamenteux du patient. Enfin, cet entretien initial permet d'élaborer avec l'adolescent le déroulement et les objectifs de l'hospitalisation.

Un second entretien médical a lieu vers le milieu du temps d'hospitalisation. Cet entretien survient entre les phases de dévoilement de la crise et de formulation décrites

précédemment. Il permet de guider les soins en fonction de ce que l'adolescent a pu mettre en avant durant les premières phases de l'hospitalisation. Par ailleurs, la poursuite de l'évaluation du risque suicidaire et du traitement médicamenteux est également assurée par cet entretien.

Le dernier entretien médical est réalisé au moment de la sortie d'hospitalisation. Il permet d'échanger avec l'adolescent autour de l'hospitalisation, de la contribution de cette dernière à son évolution, de ses limites. Cet entretien laisse l'adolescent reprendre et s'approprier le travail de formulation réalisé à propos de sa situation. Il aborde la question de la séparation et de la continuité, l'incitant à se projeter dans l'avenir tant à travers le suivi au sein des structures de soins ambulatoires qu'à travers des changements dans son quotidien et des accomplissements qui lui sont propres.

Les entretiens avec un infirmier ou avec un éducateur ont lieu à minima les jours où le patient ne se rend pas à un entretien médical. Ils forment un axe central de la prise en soins, étant donné qu'ils permettent le travail individuel autour de la compréhension de la crise par le patient et celui autour de la gestion des prochaines crises, qui constituent les deux principaux enjeux de l'hospitalisation. Ils accompagnent la réalisation d'un plan de gestion de crise, décrit dans la sous-partie suivante.

Le plan de gestion de crise

Le plan de gestion de crise est un document réalisé en collaboration avec chaque adolescent durant l'hospitalisation. Il s'agit d'un document personnalisé et évolutif. Il a pour objectif d'effectuer avec l'adolescent un travail d'anticipation en amont des prochaines crises afin de faciliter leur résolution.

Le plan de gestion de crise se décompose en trois grandes étapes.

- Le repérage : il s'agit de l'ensemble des émotions, des sensations corporelles et des comportements identifiés par l'adolescent dans les minutes, heures ou jours ayant précédé les dernières crises ; ces signaux peuvent être classés par l'adolescent en fonction de leur ordre d'apparition, de leur intensité, de leur fréquence.
- L'apaisement : l'adolescent recherche les ressources internes ou externes qu'il est capable de solliciter ; les ressources internes déploient les capacités de l'adolescent à relativiser, à prendre du recul, à faire preuve de résilience, en somme à garder un contrôle relatif sur le cours de sa pensée, tandis que les ressources externes utilisent l'environnement de l'adolescent en tentant de le rendre plus contenant, que ce soit seul, par exemple

avec une boîte ressource permettant à travers la sensorialité de se centrer sur l'instant présent, ou en sollicitant autrui, par exemple en se rendant dans un espace commun.

- L'alerte : l'adolescent prévient son entourage ou bien contacte une structure de soins pour prévenir de son état actuel.

Le plan de gestion de crise peut être partagé avec l'entourage si l'adolescent le souhaite. Il permet d'améliorer la compréhension des proches et ainsi faciliter les perspectives de communication. Par ailleurs, l'entourage peut enrichir avec l'adolescent son plan de gestion de crise et ce dans chacune des étapes détaillées.

Un plan d'adaptation peut également être proposé aux parents, leur permettant d'être accompagnés sur l'anticipation et la mesure de leurs propres réactions, notamment lorsque celles-ci mènent à une réaction en cascade.

Les médiations groupales

Les médiations groupales programmées sont au nombre de cinq, soit une par jour ouvré. Elles sont constituées d'une médiation autour de la culinothérapie le lundi, autour de l'image de soi et de la socioesthétique le mardi, autour du sport le mercredi, autour des outils de tolérance à la détresse le jeudi et autour de l'écriture le vendredi. Chaque adolescent bénéficie de quatre de ces médiations, en fonction de son jour d'arrivée sur l'unité. La réalisation et les objectifs de chacune de ces cinq médiations sont décrits dans des projets de soins qui leur sont propres.

Les médiations groupales libres ont lieu quotidiennement. Elles sont variables d'une part sur leur nature et d'autre part sur le nombre d'adolescents y participant, s'adaptant ainsi au profil des patients accueillis afin d'être pertinentes. Elles peuvent utiliser le jeu, le potentiel créatif ou encore le travail d'interprétation des adolescents, et ce dans des objectifs divers tels que l'amélioration de l'alliance aux soins, l'expérience relationnelle, ou encore la valorisation de soi. Les médiations groupales libres sont évolutives, et sont regroupées dans un catalogue, permettant de faciliter leurs mises en place.

L'implication des familles et des structures d'accueil

Les parents de l'adolescent, ainsi que les structures d'accueil dans certaines situations, doivent accompagner le projet de soins. Ils sont rencontrés en entretien médical le premier et le dernier jour de l'hospitalisation.

Par ailleurs, un temps de médiation entre l'adolescent et ses parents et/ou la structure d'accueil est organisé avec un ou plusieurs soignants durant l'hospitalisation. Ce temps de médiation peut avoir de nombreux objectifs, comme la psychoéducation sur le trouble de la personnalité borderline, l'autorisation d'un espace de communication entre l'adolescent et ses parents, ou encore la réflexion autour du cadre au sein duquel évolue l'adolescent.

Enfin, une évaluation sociale est proposée à tous les parents dont l'adolescent est accueilli sur l'unité.

Les autres évaluations et soins spécifiques

Le trouble de la personnalité borderline s'inscrit dans une trajectoire développementale globale, que ce soit au niveau morphologique, proprioceptif, sensoriel, psychomoteur, cognitif, conatif, langagier, psycho-affectif ou encore somatique.

De ce fait, la prise en soins des patients admis sur l'unité doit prendre en considération cette complexité, et ce à travers l'intervention de différents professionnels sur l'unité, notamment médecin généraliste, psychomotricien, psychologue clinicien, neuropsychologue, qui effectuent un travail d'évaluation, de soin et d'orientation.

Cinquième chapitre : La missions réalisées en vue de la sortie d'hospitalisation

L'orientation

A la fin des sept jours d'hospitalisation, une orientation est décidée par le pédopsychiatre de l'unité.

La première question réfléchiée est celle de l'évolution de la symptomatologie aiguë, c'est-à-dire le débordement émotionnel, l'envahissement suicidaire, les intentionnalités auto-agressives.

Dans les situations où les symptômes aigus resteraient importants, la deuxième question pensée est celle de l'investissement par l'adolescent des soins proposés sur l'unité. Dans le cas où l'adolescent a pu se saisir des soins, qu'ils soient individuels ou groupaux, et où leur indication apparaît comme pertinente, un nouveau contrat de soins peut être envisagé et ainsi prolonger l'hospitalisation d'une semaine. Dans certains cas de figure spécifiques, notamment lorsque des symptômes aigus intenses tendent à se chroniciser, des hospitalisations

programmées sur l'unité peuvent être envisagées. Dans les cas où l'efficacité des modalités d'hospitalisation sur l'unité semble minimale, un transfert peut être indiqué sur l'une des deux autres unités du pavillon en fonction du tableau clinique présenté.

Dans les situations où l'hospitalisation aurait permis une diminution des symptômes aigus, une orientation vers un suivi ambulatoire est déterminée. En fonction des situations, le suivi en place avant l'hospitalisation peut être poursuivi ou modifié. Un suivi psychologique est dans la plupart des situations préconisé, qu'il se fasse au sein de structures hospitalières ou de professionnels exerçant en libéral. Dans le cas où un traitement médicamenteux a été mis en place, un suivi psychiatrique est recommandé. Pour certains adolescents, des soins groupaux peuvent également être proposés. Ces soins groupaux peuvent être réalisés au sein d'hôpitaux de jour ou de groupes thérapeutiques ambulatoires tel que le groupe « Je me li.e.s ». Enfin, une intervention familiale plus durable peut-être indiquée, par exemple à travers le groupe « Connexions familiales » proposé au sein du centre hospitalier.

Les visites à domicile

Des visites à domicile peuvent être organisées après l'hospitalisation par les soignants de l'unité (assistante sociale, infirmiers, éducateurs). Ces visites sont convenues avec l'adolescent, ses parents, et éventuellement sa structure d'accueil, afin de renforcer le lien entre les différents acteurs. Ces visites à domicile constituent l'une des différentes branches de l'intervention familiale.

La permanence téléphonique

Une permanence téléphonique est assurée de manière continue par les soignants de l'unité. Cette permanence téléphonique permet de rendre réalisables plusieurs missions : la disponibilité au moment des crises, le coaching programmé, le soutien aux familles, le lien avec les établissements scolaires.

Sixième chapitre : Conclusion

L'APARTE propose une intervention brève centrée sur l'expression aigüe d'une symptomatologie chronique chez les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, dans l'objectif, à travers les soins proposés, d'améliorer l'évolution de la pathologie et notamment la répétition des conduites auto-dommageables et suicidaires, majoritairement en cause dans les dégâts fonctionnels objectivés.

Quatrième partie : Objectifs de l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE)

Les chapitres précédents nous amènent à écrire que l'hypothèse principale sur laquelle se fonde le développement de l'APARTE est la suivante : une intervention brève, mais précoce et spécialisée, pourrait améliorer le devenir des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, et ce de manière directe, à travers une intervention psychothérapeutique adaptée et un ajustement du traitement médicamenteux, et indirecte, grâce à l'instauration d'un suivi, la prise en considération des enjeux familiaux et scolaires, et surtout l'impulsion d'un changement.

Premier chapitre : Des modalités de soins peu étudiées

Des expressions cliniques d'intensités variées

L'intervention réalisée à travers l'APARTE serait profitable à un continuum d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, allant de formes cliniques légères à des formes cliniques plus sévères.

En effet, plusieurs études ont évoqué l'intérêt d'interventions brèves chez les individus souffrant d'un trouble de la personnalité borderline avec une expression clinique et un retentissement fonctionnel légers ou modérés. Les différentes approches qui ont tentés de structurer cette intervention brève, à l'image du Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) (190), adapté à l'adolescence notamment à travers l'Emotion Regulation Training (ERT) (191), ont pu montrer une atténuation globale des symptômes du trouble de la personnalité borderline pour ces individus (192).

Pour les individus souffrant d'un tableau clinique plus grave ou plus invalidant, une intervention brève semble limitée et insuffisante, mais elle pourrait jouer un rôle nécessaire et pertinent dans la construction d'un parcours de soins structuré et articulé autour des préoccupations familiales, sociales et scolaires de l'adolescent.

Une étude réalisée en 2013 sur le réseau EURNET-BPD a tenté de réaliser une partition de la population des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline en démontrant notamment que les patients ayant réalisés plusieurs tentatives de suicide se distinguaient de ceux ayant réalisé aucune ou une seule tentative de suicide par un tableau clinique plus sévère, des symptômes plus précoces et des passages à l'acte plus souvent impulsifs (193).

Ainsi, l'APARTE est destiné à accueillir une population de patients avec un diagnostic commun de trouble de la personnalité borderline, mais des expressions cliniques hétérogènes.

La crise comme moment propice à l'intervention

Les interventions brèves telles que le STEPPS ou l'ERT se formalisent sous l'aspect d'entretiens hebdomadaires durant une dizaine de semaines. Bien que les exemples d'interventions hospitalières brèves sur quelques jours existent, à l'image du modèle de « TBM-Crise » développé au sein des hôpitaux universitaires de Genève et présenté dans la troisième partie de cet écrit (188), les études concernant leur efficacité, que ce soit sur les symptômes du trouble de la personnalité borderline ou sur son impact fonctionnel, n'ont à ce jour pas encore été réalisées au sein des populations adolescentes.

Ces études semblent primordiales étant donné que les interventions hospitalières brèves revêtissent une spécificité en comparaison aux autres interventions brèves : celle d'une intervention intensive au moment de la crise.

Cette prise en soins autour de la crise pourrait présenter un double intérêt à l'adolescence. Le premier prend en compte les conséquences de la crise. Les conduites auto-dommageables et suicidaires, leur gravité et leur répétition, signent souvent le mauvais pronostic du trouble de la personnalité borderline, tant sur le plan clinique que fonctionnel, qui apparaît à travers une multiplication des passages aux urgences et des hospitalisations, une diminution du temps scolaire, une altération des relations familiales et sociales. Ainsi, leur atténuation ou leur diminution permettrait d'améliorer l'évolution des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Le second prend en compte la temporalité de la crise. Cette dernière est le bruit de difficultés majeures pour l'adolescent d'exister au sein de son environnement, particulièrement relationnel ; et l'expression de ces difficultés, aussi délétère soit elle pour l'adolescent, constitue une étape importante dans la construction d'un changement. Comme il l'est rappelé par J. Gunderson dans la description du Good Psychiatric Management (GPM) : « Les épreuves de vie peuvent devenir de précieuses alliées pour

favoriser le changement lorsqu'elles sont intégrées. Les cliniciens encouragent l'apprentissage à partir de ces épreuves ».

Les critères d'évaluation de l'évolution du trouble

La création et le développement de l'APARTE pourrait mener à la publication de nombreuses recherches visant à améliorer la prise en soins des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

Ces recherches permettraient une évaluation de la pertinence des soins mis en place sur l'APARTE, basés sur les principes de bases de thérapies ayant montré leur efficacité dans le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence, à savoir la thérapie basée sur la mentalisation et la thérapie comportementale dialectique. Il s'agirait alors d'évaluer l'amélioration de critères au cours de la prise en soins tels que la conscience émotionnelle à travers des échelles validées telles que la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) ou le Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS), la tolérance à la détresse et à l'inconfort à travers des échelles validées telles que la Distress Tolerance Scale (DTS) et la Discomfort Intolerance Scale (DIS), l'état d'anxiété grâce au State Trait Anxiety Inventory (STAI), ou encore le niveau de psychoéducation, bien qu'il n'existe à ce jour pas d'échelle validée pour évaluer ce paramètre.

Il serait également pertinent d'explorer la relation entre l'évolution de ces paramètres et leur impact sur le quotidien de l'adolescent, en s'intéressant notamment au recours à des conduites auto-dommageables ou à risque, au nombre de passages aux urgences, à la fréquence des appels sur l'unité, à l'observance d'un suivi, à la présence scolaire, à la qualité de la communication intra-familiale, ou encore à l'évolution de son réseau social et de ses activités.

Deuxième chapitre : Exemple d'étude / méthodologie

A la lumière des éléments précédents, il pourrait être intéressant, dans le but de préciser et d'améliorer la prise en soins des adolescents sur l'APARTE, d'établir de manière descriptive une évaluation fonctionnelle du quotidien de l'adolescent dans les six mois suivant son hospitalisation à l'APARTE.

L'objectif principal de l'étude serait ainsi d'évaluer le rétablissement fonctionnel à la suite d'une intervention précoce et brève sur l'APARTE, selon les critères de jugement suivants : le nombre de passages aux urgences (aucun, unique, plusieurs), la reprise scolaire

(nulle, partielle, totale), loisirs programmés (nuls, au moins hebdomadaires, au moins mensuels), la communication intra-familiale (dégradation, absence de changement, amélioration), l'observance au suivi (nulle, partielle, totale).

Les objectifs secondaires de l'étude seraient de repérer les facteurs influençant ce rétablissement fonctionnel, qu'ils soient socio-épidémiologiques (âge, sexe, situation conjugale des parents, situations professionnelles des parents) ou médicaux (antécédents de tentative de suicide, alexithymie, tolérance à la détresse).

Cette étude, nécessitant un échantillon de 100 à 150 patients, pourrait se réaliser sur une période d'inclusion de six mois des patients admis sur l'APARTE, exigerait deux temps d'évaluation (à la sortie d'hospitalisation et six mois après la sortie d'hospitalisation), avec à chaque fois un temps d'entretien permettant de recueillir les éléments nécessaires et de faire passer les deux auto-questionnaires permettant d'évaluer l'alexithymie (TAS-20) et la tolérance à la détresse (DTS).

Troisième chapitre : Cas cliniques

Le cas clinique de Camille

Camille est une adolescente de 12 ans lorsqu'elle est admise pour la première fois au sein du pavillon Tony Lainé à la suite d'une première intoxication médicamenteuse volontaire au paracétamol.

L'état clinique de Camille semble se détériorer depuis environ trois mois, avec l'émergence d'idées suicidaires, verbalisées auprès de l'infirmière scolaire, et ayant motivé la mise en place de soins en hôpital de jour.

Par ailleurs, cette dégradation clinique n'apparaît pas comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. En effet, les parents de Camille décrivent une irritabilité, une tristesse de l'humeur, des colères fréquentes et incontrôlées, des idées morbides, le recours à des scarifications presque quotidiennes, évoluant depuis déjà quelques années et ayant justifié la mise en place d'un suivi psychologique. Bien avant cela, ils décrivent une enfant toujours en quête d'attention, défiant constamment les règles établies.

Au sein de l'environnement familial, Camille peine à trouver sa place. Sans raison apparente, elle dit se sentir malmenée, rejetée par l'ensemble de sa famille. Ce sentiment semble s'être renforcé avec le temps, les symptômes présentés par Camille ayant conduit à des conflits avec ses parents, avec un sentiment d'injustice par rapport au reste de sa fratrie, ainsi qu'à l'apparition de propos moqueurs et insultants de la part de son frère benjamin, venant fragiliser son estime de soi.

Au sein de l'environnement scolaire, Camille a subi un harcèlement de nature verbale et sexuelle de manière prolongée au cours des deux dernières années en raison d'une croissance pubertaire rapide. L'investissement et les résultats scolaires restent préservés, mais les relations avec ses pairs semblent tumultueuses et rarement vécues de manière sereine et apaisée.

Au cours de son séjour au sein de l'unité d'hospitalisation, Camille se dévoile comme une adolescente calme, souriante, appétente dans la relation à ses pairs, franche dans sa manière de parler, mais néanmoins peu assurée. Durant les entretiens, la perturbation identitaire et l'instabilité relationnelle apparaissent au premier plan du tableau clinique. Camille pense l'hospitalisation comme une manière de « mieux comprendre qui [elle est] ». Elle décrit un sentiment de vide intense, des idées de dévalorisation très marquées. Les relations sociales décrites sont asymétriques, avec une attente exagérée, voire une volonté de fusion avec l'autre, et un sentiment de déception souvent associée. Les modalités d'attachement, évaluées à l'aide du Relationship Scales Questionnaire (RSQ) cotent nettement en faveur d'un attachement préoccupé. La dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité, bien qu'également apparentes, semblent moins entravantes. Les idées suicidaires restent présentes, mais l'élan vital et les projections dans l'avenir sont largement préservées. Camille se dit incertaine quant à sa décision de vouloir mourir.

L'hospitalisation de Camille se réalise de telle sorte à se rapprocher au mieux d'une hospitalisation réalisée au sein de l'APARTE, cette dernière unité n'ayant pas encore ouvert ses portes à ce moment. La durée, la structure et les objectifs de l'hospitalisation sont définies avec elle. Camille bénéficie d'une écoute empathique, d'une validation de ses symptômes et d'une psychoéducation autour de ces derniers. En s'appuyant sur l'exemple de ses relations sociales, Camille commence à mentaliser, à nuancer son regard. Les médiations groupales réalisées sur l'unité lui permettent de gagner en assurance et d'expérimenter le lien à l'autre. Des entretiens avec Camille et ses parents sont réalisés, permettant à ces derniers une meilleure compréhension des symptômes de leur fille et une réflexion autour des modifications environnementales nécessaires à ses besoins. La communication entre Camille et ses parents semble par ailleurs

nettement s'améliorer, permettant des échanges au sujet du cadre au domicile, des difficultés et des limites de chacun, de l'importance des moments partagés, mais également l'expression et la circulation des émotions, jusque-là peu dévoilées. Des compromis naissent alors, notamment autour de l'organisation du quotidien au domicile, de la mise en place d'activités extra-scolaires. Camille est également accompagnée par les soignants dans la réalisation d'un plan de gestion de crise, dont elle se saisit et qu'elle n'hésite pas à évoquer auprès de ses parents. Le traitement médicamenteux par hydroxyzine, prescrit avant l'hospitalisation, est passé d'une administration systématique à une administration qu'en cas d'anxiété ou de difficultés d'endormissement.

L'hospitalisation se heurte néanmoins à la limite de la iatrogénie hospitalière au sein de l'unité de soins et d'orientation. En effet, bien qu'elle ait été opposée à l'hospitalisation initialement, Camille s'adapte très vite à l'environnement contenant de l'unité, au point de refuser de quitter le pavillon et de menacer ouvertement d'une nouvelle tentative de suicide en cas de retour au domicile. De plus, Camille se lie d'amitié avec d'autres adolescentes, rencontrées sur l'unité ou au sein de l'hôpital de jour où elle était auparavant, et semble parfois envahie par une anxiété en lien avec leurs difficultés et leurs symptômes, parvenant difficilement à se recentrer sur elle-même. Elle s'imprègne également des symptômes d'autres adolescents de l'unité, affirmant par exemple « [être] en train de développer une phobie scolaire ». Par ailleurs, le travail autour de la mentalisation et le travail autour de la gestion de la détresse sont limités par une disponibilité et une formation moins importante des soignants sur cette unité.

Malgré cela, Camille est parvenue à se tenir au contrat de soins mis en place au début de l'hospitalisation. Le suivi psychologique déjà initié est poursuivi à la sortie de l'hospitalisation, et un échange est réalisé avec sa psychologue, ainsi que l'infirmière scolaire, afin de maintenir une cohérence au sein des professionnels qui l'accompagnent.

Le cas clinique de Sarah

Sarah est une adolescente de 15 ans lorsqu'elle admise au sein du pavillon Tony Lainé à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire à l'oxazépam. Il s'agit de sa troisième hospitalisation ; les deux précédentes, survenues neuf et dix-huit mois plus tôt, avaient été indiquées pour le même motif.

L'histoire de vie de Sarah est marquée par les violences, les négligences, les bouleversements et les séparations. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait deux ans, à la suite de cela elle a vécu majoritairement chez sa mère. A l'âge de six ans, des faits de viols

répétés commis par son frère aîné sur elle sont découverts par les parents. Ces derniers décident de ne pas impliquer la justice et Sarah va vivre chez son père, tandis que son frère aîné reste vivre au domicile de la mère. Elle retourne vivre quelques années plus tard chez sa mère au moment où son frère aîné quitte le domicile parental, bien que celui-ci continue de s'y rendre de manière fréquente. Ces années sont marquées par des négligences émotionnelles, physiques, un cadre éducatif poreux, une exposition à des substances toxiques, ponctués d'un épisode majeur de violences physiques de la part de son frère, justifié selon leur mère, ayant mené à un passage aux urgences lorsqu'elle est âgée de douze ans. Elle décide alors de rompre tout contact avec sa mère et son frère, et retourne une nouvelle fois habiter chez son père. Un climat de négligences et de violences conjugales conduit à la sollicitation d'assistants d'éducation par la justice, mais refusés par le père. Dans ce contexte, un placement judiciaire en famille d'accueil est décidé pour Sarah lorsqu'elle est âgée de 14 ans. A ce moment, la séparation vis-à-vis de son père s'accompagne également d'une séparation vis-à-vis de son petit-ami, jusque-là très investi, en raison de la distance physique de la famille d'accueil. Au moment du placement en famille d'accueil, Sarah ne se rend plus en classe depuis environ deux ans. L'investissement de la famille d'accueil par Sarah est de bonne qualité. Par ailleurs, elle continue à voir son père en visite un week-end sur deux. A défaut de parvenir à choisir son orientation, une alternance en vente lui est proposée, cursus qu'elle accepte et qu'elle débute un mois avant cette hospitalisation.

L'arrivée de Sarah sur l'unité d'hospitalisation ne s'est pas faite sans mal, étant donné qu'une contention physique et une administration intra-musculaire d'un traitement anxiolytique et sédatif ont été réalisés aux urgences à la suite d'un épisode de violence physique envers les professionnels dans un contexte de tentative de fugue, Sarah trouvant le temps d'attente aux urgences trop long.

Lors de l'entretien d'admission, Sarah est calme, accessible, volontaire dans l'échange. Le faciès est expressif, la discussion est animée. Elle explique avoir déjà été hospitalisée à deux reprises à la suite d'intoxications médicamenteuses volontaires, mais que celles-ci sont plus nombreuses, dénombrées à plus d'une dizaine durant ces dernières années, sans être médicalisées. Elle ne décrit pas d'idées ni d'intentionnalités suicidaires, bien au contraire, Sarah imagine et se projette facilement sur son avenir, qu'elle espère plus épanouissant que son quotidien. Elle justifie ces intoxications médicamenteuses de deux manières : il s'agit en premier lieu de faire passer à son entourage le message qu'elle est épuisée et qu'elle ne supporte plus sa situation actuelle, mais il s'agit également pour elle de s'apaiser psychologiquement. Elle

évoque la distance avec son père et la distance avec son petit-ami comme étant insupportables pour elle. Elle décrit une alternance rapide de phases d'idéalisation de ces liens, puis de dévalorisation exacerbée par la peur d'être délaissée, abandonnée. Par ailleurs, elle décrit un épuisement sur le plan professionnel, d'une part en raison des horaires de son stage actuel, mais surtout en raison de difficultés relationnelles avec ses collègues de travail et ses responsables. Le regard de l'autre est décrit comme critique, pressurant, parfois malveillant. Cette constatation est valable dans son environnement professionnel, mais également dans sa vie privée. Au fil des années et en raison de conflits incessants avec son entourage amical, Sarah a fini par s'isoler, sans pour autant investir d'activités personnelles. Le quotidien décrit est très pauvre, et Sarah a tendance à se réfugier dans le sommeil. Elle évoque des difficultés à gérer ses émotions, affirmant notamment « digérer toute sa tristesse en colère », responsables à certains moments d'une perte de contrôle, se manifestant à travers des crises de boulimie, des explosions verbales, mais également et assez régulièrement par de la violence physique dirigée envers autrui.

La globalité de l'entretien met en lumière chez Sarah de très bonnes capacités à décrire ses états émotionnels et à les lier à ses comportements. Elle semble également avoir développer des outils d'adaptation, de résilience et de tolérance à la détresse. A titre d'exemples, elle expliquera avoir arrêté d'avoir recours aux scarifications depuis près d'un an, bien que les idées auto-agressives restent présentes, avoir réussi à différer son intoxication médicamenteuse de plusieurs jours en tentant de se projeter sur l'avenir, de refuser toute consommation de substances psychotropes illicites car sait avoir un terrain de vulnérabilité en regard des troubles de l'usage présentés par ses parents.

Au sein de l'unité, Sarah est souvent dans sa chambre, reste seule, investit peu son groupe de pairs. Malgré cela, elle reste adaptée et bienveillante lors des interactions.

Le temps de l'hospitalisation, réalisé selon des modalités de rapprochant de celles prévues sur l'APARTE en termes de durée, a permis un apaisement de son état émotionnel. Elle a pu être informée du diagnostic retenu de trouble de la personnalité borderline, et a été sensible à la psychoéducation dispensée. Avec cette distance, Sarah a pu envisager une reprise de son cursus en alternance.

Cependant, la durée courte de l'hospitalisation dans un service de soins moins intensifs a limité le travail autour de la gestion de la colère et de l'impulsivité, le travail de groupe qui aurait pu permettre un réinvestissement des relations sociales, et le travail avec la famille et la

structure d'accueil autour des changements environnementaux à considérer. Un entretien avec sa famille d'accueil, son éducatrice, son père et sa belle-mère a néanmoins pu être réalisé, pour réaliser l'annonce diagnostique auprès de l'entourage, restituer le déroulement de l'hospitalisation, et assurer la cohésion des différents intervenants.

Une reprise du suivi déjà initié au sein d'un centre médico-psychologique est décidée au décours de l'hospitalisation.

Le cas clinique de Marie

Marie est une adolescente de 17 ans et 9 mois lors de son admission au sein du pavillon Tony Lainé à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire à la buprénorphine.

Marie a déjà été hospitalisée sur le pavillon une dizaine de fois à la suite d'intoxications médicamenteuses ou de mises en danger, hospitalisations qui se sont souvent conclues par des fugues ou des sorties contre avis médical.

Marie est connue par les services du pôle de psychiatrie de l'adolescent depuis environ trois ans, mais l'ensemble des suivis qui lui ont été proposés, qu'ils soient individuels ou groupaux, ont été erratiques. Elle avait d'ailleurs lors de sa dernière hospitalisation quatre mois plus tôt profité du maintien d'un rendez-vous avec sa psychologue au niveau du centre médico-psychologique de l'hôpital pour fuguer – en cours d'entretien. Elle n'a d'ailleurs après cela plus osé recontacter sa psychologue pour poursuivre son suivi.

Marie est la cadette d'une fratrie de deux enfants. Elle a par ailleurs de nombreux demi-frères et demi-sœurs, plus jeunes et plus âgés, tant du côté maternel que du côté paternel. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait deux ans. La garde principale a été assurée par sa mère, et les liens avec son père se sont progressivement effrités, jusqu'à devenir inexistantes. La mère de Marie s'est assez vite remise en couple dans une relation durable avec un autre homme, avec lequel elle a eu d'autres enfants.

Marie ne bénéficie d'aucun suivi lorsqu'elle est hospitalisée pour la première fois à l'âge de 14 ans au décours d'une première intoxication médicamenteuse volontaire. Pourtant, la souffrance psychique décrite à ce moment par l'adolescente s'était déjà largement exacerbée depuis environ deux ans, et les symptômes déjà existants tels que la perturbation identitaire, les difficultés relationnelles, les colères inappropriées, la tristesse de l'humeur, les difficultés d'endormissement, entravaient déjà son quotidien, qu'il soit familial, social ou scolaire. Malgré cette première hospitalisation, les choses ne se sont pas arrangées pour Marie, bien au contraire.

En raison principalement de conduites auto-dommageables et d'une dysphorie de genre, les climats familiaux et scolaires ont continué à se dégrader, le premier en raison d'un épuisement parental, le second en raison d'un harcèlement. Des violences physiques et verbales du beau-père sont décrites au domicile, ce dernier menaçant par ailleurs sans arrêt de quitter le foyer. La mère est décrite comme fragilisée, présentant un trouble du comportement alimentaire et un trouble de l'usage de substances psychoactives. Un absentéisme scolaire s'installe alors qu'elle est en classe de 3^{ème}, et les hospitalisations faisant suite à des tentatives de suicide se multiplient. Dans ce contexte, insécurisant et culpabilisant pour elle, Marie prend la décision de poursuivre son cursus scolaire en internat dans une autre ville. Le relai du suivi n'est pas réalisé par les parents, qui citent les menaces incessantes de Marie de revenir précocement au domicile, et les nombreuses lésions auto-infligées, ainsi que le désinvestissement scolaire, conduisent à un nouvel arrêt de scolarité quelques mois après sa rentrée. Les passages aux urgences et les hospitalisations s'enchaînent à nouveau, et une reprise du suivi au sein du centre médico-psychologique se met en place tant bien que mal. Les rendez-vous sont souvent ratés, parfois par Marie, parfois par sa mère. A ce moment, le père de Marie reprend contact avec elle et est alors largement idéalisé par cette dernière. Dans le même temps, Marie se féminise, et la dysphorie de genre se dissipe progressivement. La tristesse de l'humeur reste néanmoins apparente à chaque entretien, et bien que les passages aux urgences s'espacent, Marie craignant un placement, les mises en danger persistent et des troubles du comportement alimentaires majeurs apparaissent avec des périodes d'aphagie de plusieurs jours. La mère de Marie et son beau-père se séparent à cette période. Marie tente de réinvestir une scolarité l'année suivante, sans succès. Elle aurait subi durant cette période deux agressions sexuelles, l'une commise par un garçon de son âge, l'autre commise par son beau-père qui revenait occasionnellement au domicile. Les mises en danger sur le plan sexuel se multiplient l'été suivant, et il n'est pas rare durant cette période que Marie appelle sur l'unité pour demander des conseils aux soignants ou pour leur exprimer son mal-être. Elle obtient un rendez-vous auprès de la mission locale quelle n'honore pas, et qui est alors reporté ; et finit par ailleurs par ne plus honorer non plus ses rendez-vous au sein du centre médico-psychologique.

C'est dans cette situation que Marie intègre cette fois-ci l'unité, après avoir avertie une amie qu'elle allait ingérer des comprimés de buprénorphine, traitement appartenant à sa mère.

En entretien, Marie explique avoir des velléités de passage à l'acte depuis plusieurs semaines, mais nie avoir pris un quelconque traitement, qu'elle concède néanmoins avoir subtilisé à sa mère pour avoir « une porte de sortie ». Elle met cela en lien avec le fait qu'elle

soit actuellement victime de sextorsion après avoir envoyé des photos d'elle dénudée à un garçon. Le discours de Marie est dans la plupart des échanges lisse, superficiel. Elle répète de manière précise les mots qu'elle a pu entendre de la part des soignants durant ces précédentes années, et en vient même à anticiper les mots de son interlocuteur. Une hospitalisation sur l'unité de soins intensifs en pédopsychiatrie (USIP) est initialement organisée durant quelques jours, mais celle-ci est vite mise à mal par l'opposition passive de l'adolescente. L'ouverture de l'APARTE se faisant quelques jours après son admission sur l'USIP, une sortie d'hospitalisation est décidée, Marie s'engageant à revenir sur le pavillon afin d'intégrer l'APARTE pour une hospitalisation d'une semaine. Un contrat de soins et un programme de soins sont alors établis avec l'adolescente dans l'objectif de lui rendre une posture active dans son parcours de soins. Le jour venu, Marie est présente et est accompagnée de sa mère en vue de réaliser son admission.

Quatrième chapitre : Discussion

Les cas cliniques présentés dans le chapitre précédent mettent en lumière trois limites dans la prise en soins actuelle des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

La limite de l'offre de soins

L'ensemble des trois patientes présentées révèlent un investissement inapproprié des soins proposés. Dans le cas de Camille, il s'agit d'un surinvestissement des structures de soins, au détriment des environnements familiaux, scolaires ou même de loisirs. Dans les cas de Sarah, il s'agit d'un manque d'investissement des propositions de soins, notamment du suivi ambulatoire. Enfin, dans le cas de Marie, il s'agit d'un investissement paradoxal, désorganisé, se manifestant à la fois par des appels et des demandes d'aides fréquentes au sein des unités de soin, mais un comportement évasif vis-à-vis des consultations et des hospitalisations.

Ce constat clinique renforce les conclusions de la recherche dans la littérature réalisée dans les précédentes parties de ce travail à savoir que l'offre de soins telle qu'elle est actuellement proposée ne répond pas aux besoins spécifiques de la population d'adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

L'élaboration du projet de service de l'APARTE s'inscrit dans une démarche globale d'adaptation et de personnalisation des projets de soins pour cette population clinique. Elle

s'accompagne d'autres projets de soins ambulatoires, à l'image des groupes « Je me li.e.s » pour les patients ou de « Connexions familiales » pour l'entourage. Le nombre de places au sein de ces groupes reste limitée en comparaison à la demande de soins, et l'enrichissement et la généralisation de ce réseau de soins semble pertinents à l'avenir.

La limite de la protection sociétale

Dans chacun de ces trois cas cliniques, l'adolescent a été exposé à des faits pénalement répréhensibles, qu'ils s'agissent d'un harcèlement scolaire dans le premier cas, ou de négligences et de violences dans les deux autres cas. Au-delà du caractère grave de ces faits, c'est également leur caractère durable qui alerte. En effet, dans chacune des situations, l'exposition aux faits a duré plusieurs mois, voire plusieurs années. Les différentes études réalisées sur le sujet partagent ce constat, mais aucune d'elle n'analyse les facteurs en cause. Il serait intéressant que des études à venir puissent tenter de décrire les paramètres pouvant influencer cette durée, tels que le temps avant le dévoilement des faits, le temps avant leur judiciarisation, ou encore le doute de l'entourage concernant leur véracité. Ces études auraient un intérêt dans le sens où elles permettraient également d'étayer l'objectif d'une intervention précoce, voire d'une prévention, dans l'évolution du trouble de la personnalité borderline. L'amélioration de la collaboration avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et avec le système judiciaire semble ainsi, en plus des interventions familiales et scolaires, être une intervention pertinente dans cette ambition d'une prise en soins multimodale.

La limite due à l'hétérogénéité clinique

Les symptômes présentés par les adolescents ayant permis la réalisation de ces cas cliniques sont variés. Bien que les dimensions retrouvées dans le trouble de la personnalité borderline (perturbation identitaire, dysrégulation émotionnelle, défaut de contrôle comportemental, instabilité relationnelle) sont présentes chez chacun d'eux, elles le sont à des degrés et des intensités variées. En effet, là où l'instabilité relationnelle et la perturbation identitaire semblent être les dimensions les plus atteintes pour Camille, le contrôle des comportements et la régulation des émotions semblent plus entravées dans les cas de Sarah et de Marie. Au-delà de ces variations d'intensité, d'autres caractéristiques telles que la maturité intellectuelle et affective, le niveau d'éducation, l'exposition à un cadre éducatif adapté constituent des variables inter-individuelles à prendre en considération. Cette hétérogénéité est le centre de la complexité et de la richesse de l'exercice clinique auprès de ces adolescents, et elle implique souvent une certaine subjectivité venant contrarier la mise en place de guidelines

précises et venant justifier une réflexion en équipe pluridisciplinaire. L'idée serait alors de concilier ces deux dernières actions, et d'établir des lignes directrices souples et adaptatives. A titre d'exemple, dans le cas de Camille, une réflexion s'est posée autour de l'annonce diagnostique du trouble de la personnalité borderline, la ligne directrice étant celle de l'information et de la psychoéducation, mais l'adaptation justifiant une annonce plus tardive pour la patiente, nécessitant d'être précédée d'un temps de psychoéducation en regard de son immaturité intellectuelle et affective, tandis que l'annonce faite aux parents, à l'écoute des propositions de soins et bienveillants dans leur comportement avec leur fille, a pu être réalisée immédiatement. Ces spécificités justifient la mise en place pour les équipes soignantes d'une formation théorique, prenant en compte les recommandations actualisées sur le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence, et pratique, sensibilisant à l'hétérogénéité clinique chez la patientèle rencontrée.

Cinquième chapitre : Conclusion

La création de l'APARTE cherche à améliorer la prise en soins des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité, notamment en cherchant à répondre aux limites actuelles de celle-ci. Cette unité d'hospitalisation se veut évolutive et inscrite au sein du développement d'un réseau de soins plus important, en s'appuyant notamment sur la réalisation d'études permettant d'évaluer l'efficacité des soins proposés.

Conclusion

L'inauguration de l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE) constitue l'une des premières pierres dans le développement d'un réseau de soins spécifiques pour les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, nécessaire en regard de l'impact de cette pathologie sur les potentialités individuelles et sur les considérations collectives, malgré l'offre de soins actuellement proposée. Cette revue de la littérature, associée à une présentation de l'unité d'hospitalisation, a trois ambitions : celle d'être suffisamment systématique pour justifier la création de l'APARTE, celle d'être suffisamment générale pour intéresser l'ensemble des professionnels qui rencontrent des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, et celle d'être suffisamment précise pour appuyer les études à venir. En somme, ce travail cherche à être « suffisamment bon » dans le but d'être utile au développement du parcours de soins des adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline sur le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Poitiers.

Bibliographie

- (1) Demazeux S (2013). Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une crise nosologique. *Topique*, 2013/2 n° 123. pp. 49-64.
- (2) Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83
- (3) Kernberg O. (1975). Les troubles limites de la personnalité et la personnalité narcissique, Toulouse, Privat, 1975. Traduction française (1999), Marcelli D., Paris, Dunod.
- (4) Bergeret J. (1993), Les états-limites pour le clinicien d'aujourd'hui, Les Etats-Limites. XXII^e journées nationales de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé.
- (5) Bondurant H, Greenfield B, Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2004; 13:53-7
- (6) Laurensen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7:3.
- (7) Mattanah J.J., Becker D.F., Levy K.N., et al. (1995), Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization, *Am J Psychiatry*, 152 (6), 889-94.
- (8) Meijer M., Goedhart A., Treffer P. (1998), The persistence of borderline personality disorder in adolescence, *J Personal Disord.*, 12, 13-22.
- (9) Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. (2008) Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents, *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.
- (10) Benasayag M., Schmit G. (2003), Les passions tristes, Souffrances psychiques et crise sociale, Paris, La Découverte.
- (11) Lebrun J-P. (1997), Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- (12) Chanen A.M., Jovev M., Djaja D., et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008b; 22:353-64. 18684049.

- (13) Ha C., Balderas J.C., Zanarini M.C., et al. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(5): e457-64. 24922498.
- (14) Levy K.N., Becker D.F., Grilo C.M., et al. (1999), Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients, *Am J Psychiatry*, 156, 1522-1528.
- (15) Becker D.F, Grilo C.M, Edell W.S., McGlashan T.H (2002), Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents; comparison with hospitalized adults, *Am J Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- (16) Wright A.G., Zalewski M., Hallquist M.N., et al. Developmental trajectories of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning in adolescence. *J Pers Disord* 2016a; 30(3): 351-72. 26067158
- (17) Chanen A.M, Jovev M., Jackson H.J., Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(2): 297-306. 17335330.
- (18) Winograd G., Cohen P., Chen H., Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(9): 933-41. 18665882.
- (19) Winsper C., Marwaha S., Lereya S.T., et al. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med* 2015; 45(11): 2237-51. 25800970.
- (20) Nock M.K., Prinstein M.J., (2005), Contextual features and behavioural functions of self-mutilation among adolescents, *J Abnorm Psychol.*, 114(1), 140-6.
- (21) Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. (2006), Adolescent suicide and suicidal behavior, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 3, 372-394.
- (22) Paris J. (2009), The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology and outcome, *Ann Rev of Clin Psychology*, 5, 277-290.
- (23) Boisseau C.L, Yen S., Markowitz J.C., Grilo C.M., Sanislow C.A., Shea M.T., Zanarini M.C., Skodol A.E., Gunderson J.G., Morey L.C., McGlashan T.H., (2013), Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up, *Compr Psychiatry*, sept 17, in press.

- (24) Soeteman D.I., Hakkaart-Van Roijen L., Verheul R., et al. The economic burden of personality disorders in mental health care, *J Clin Psychiatry* 2008; 69(2):259-65. 18363454.
- (25) Chanen A.M., Thompson K.N.: The age of onset of personality disorders, in *Age of Onset of Mental Disorders: Etiopathogenetic and Treatment Implications*. Edited by de Girolamo G., McGorry P.D., Sartorius N. Cham, Switzerland, Springer International, 2019, pp 183-201.
- (26) Chanen A.M, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14(1):45-53. 22009682.
- (27) Tackett J.L., Balsis S., Oltmanns T.F., et al. A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol* 2009; 21(3):687-713. 19583880.
- (28) Crawford T.N., Cohen P., Brook T.S. (2001), Dramatic-erratic personality disorder symptoms: II. Developmental pathways from early adolescence to adulthood, *J Personal Disord.*, 15(4), 319-35.
- (29) Gleen C.R., Klonsky E.D., Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: a 1-year longitudinal study in young adults. *Behav Ther* 2011; 42(4):751-62. 22036002.
- (30) Bernstein D.P., Cohen P., Velez C.N, et al. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 1993;150(8):1237-43. 8328570.
- (31) Pham-Scottez A. (2016) Eurnet-BPD: un réseau de recherche avec des adolescents borderline dans L'information psychiatrique 2016/1 (volume 92) : 29-37.
- (32) Sanislow C.A., Grilo C.M., McGlashan T.H. (2000), Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients, *Am J Psychiatry*, 157(10), 1629-33.
- (33) Speranza M., Pham-Scottez A., Barbe R.P., Perez-Diaz F., Birmaher B., Corcos M. (2013) Dimensions cliniques de la symptomatologie borderline à l'adolescence, dans *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, chapitre 15.
- (34) Robin M., Rechtman M. (2013), Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence, *Evolution psychiatrique*.
- (35) Chanen A, Sharp C, Hoffman P; Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for

- borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):215-216.
- (36) Paris J. Suicidality and hospitalization. In: *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press; 2008:203-18
- (37) Marcelli, D. L'adolescence: une épreuve psychique particulière. *Androl*. 7, 187–198 (1997).
- (38) Kaess M, Brunner R, Channen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-93.
- (39) Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;44:13-24.
- (40) American Psychiatric Association. *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS;2015.
- (41) Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord*. 2010 Dec;24(6):694-708.
- (42) Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic Efficiency of Borderline Personality Disorder Criteria in Hospitalized Adolescents: Comparison With Hospitalized Adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042–2047
- (43) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Mar;117(3):177-84.
- (44) Barkauskienė R, Gaudiešiūtė E, Adler A, Gervinskaitė-Paulaitienė L, Laurinavičius A, Skabeikytė-Norkienė G. Criteria A and B of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (AMPD) Capture Borderline Personality Features Among Adolescents. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 11;13:828301.
- (45) Krueger RF, Hobbs KA. An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*. 2020;53(3-4):126-132.
- (46) Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization; 2024.

- (47) Cailhol, L., Speranza, M., Rodgers, R., Guelfi, J., Pham-Scottez, A. & Corcos, M. (2013). Chapitre 4. Interaction avec les troubles cliniques associés (Axe I): Fréquence, impact sur le fonctionnement et influence des traumatismes infantiles. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 57-63). Paris: Dunod.
- (48) Zanarini MC, Athanasiadi A, Temes CM, Magni LR, Hein KE, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M. Symptomatic Disorders in Adults and Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2021 Jun;35(Suppl B):48-55.
- (49) Grapentime W.L., Picariello C.M., Nurcombe B.N., SEIFER R., SCIOLI A. (1990), Validation of the diagnosis of borderline personality disorder in adolescence. Presented at the Annual Meeting American Association of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, October 1990.
- (50) James A., Berelowitz M., Vereker M., (1996). Borderline personality disorder: a study in adolescence, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 11-17, Cramer, 1991.
- (51) Bergeret J. (2003) *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod.
- (52) Kernberg O. (1997) *Les troubles limites de la personnalité*. Paris, Dunod.
- (53) Silk KR. The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord.* 2010 Feb;24(1):25-37.
- (54) Sharp, C., Green, K. L., Yaroslavsky, I., Venta, A., Zanarini, M. C., & Pettit, J. (2012). The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of personality disorders*, 26(6), 927-938.
- (55) Van Dijke A, Hopman JAB, Ford JD. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol*, 9(1):1400878
- (56) Ford, J.D., Courtois, C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder. *bord personal disord emot dysregul* 8, 16 (2021)
- (57) Sansone R.A. (2005) Borderline personality disorder and eating disorders, *Eat Disord.*, 13, 71-83.
- (58) Nicolas, I., Pham-Scottez, A., Cohen de Lara, A., Hurvy, C., Robin, M., Delvenne, V., Gicquel, L. & Vibert, S. (2013). Chapitre 8. Troubles des conduites alimentaires, fonctionnement limite, adolescence : effets miroirs. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 101-126). Paris, Dunod.

- (59) Frías Á, Palma C, Solves L, Martínez B, & Salvador A. (2017). Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Research*, 258, 44–50.
- (60) Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Jan;40(1):35-44.
- (61) Speranza, M., Revah-Levy, A. & Pham-Scottez, A. (2013). Chapitre 7. Identification d'un sous-type neurodéveloppemental de trouble de la personnalité borderline: Intérêt de l'exploration de la symptomatologie TDAH. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 85-99). Paris, Dunod.
- (62) May, T., Pilkington, P. D., Younan, R., & Williams, K. (2021). Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 14(12), 2688–2710.
- (63) Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev*. 2000 Mar;20(2):235-53.
- (64) Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998 Dec;155(12):1733-9.
- (65) Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin*. 2007 Spring;71(2):85-114.
- (66) Stéphan, P. & Nezelof, S. (2013). Chapitre 6. La consommation de substances, entre remède et poison: Une chance pour débiter un parcours thérapeutique ?. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 73-84). Paris, Dunod.
- (67) Pham-Scottez, A., Cailhol, L. & Loas, G. (2013). Chapitre 5. Un trouble de la personnalité peut en cacher un autre: Comorbidités sur l'Axe II. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 65-71). Paris, Dunod.
- (68) Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, et al. [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *L'encephale*. 2002 Nov-Dec;28(6 Pt 1):520-524. PMID: 12506264.
- (69) Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):2011-6.

- (70) Meybodi AM, Jolfaei AG. Evaluation of personality disorders in patients with Gender Identity Disorder (GID): An update. *J Family Med Prim Care*. 2022 Jun;11(6):3196-3202.
- (71) M Karvonen, M Karukivi, K Kronström, R Kaltiala, The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria, *Psychiatry Research*, Volume 317,2022,114896,ISSN 0165-1781.
- (72) Bornovalova MA, Gratz KL, Delany-Brumsey A, Paulson A, Lejuez CW. Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *J Pers Disord*. 2006 Jun;20(3):218-31.
- (73) Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: a Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol*. 2009 Summer;21(3):735-70.
- (74) Paris, J. (1994). The Etiology of Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Approach. *Psychiatry*, 57(4), 316–325.
- (75) Ansari D, Lakkimsetti M, Olaleye KT, Bhullar JVK, Shah RZ, Arisoyin AE, Nadeem H, Sacal Slovik SC, Habib FZ, Abdin ZU, Zia Ul Haq M. Genetic Influences on Outcomes of Psychotherapy in Borderline Personality Disorder: A Narrative Review of Implications for Personalized Treatment. *Cureus*. 2023 Aug 18;15(8):e43702.
- (76) Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C. *et al*. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry* 26, 999–1008 (2021).
- (77) Dammann G, Teschler S, Haag T, Altmüller F, Tuzek F, Dammann RH. Increased DNA methylation of neuropsychiatric genes occurs in borderline personality disorder. *Epigenetics*. 2011 Dec;6(12):1454-62.
- (78) Sato F, Tsuchiya S, Meltzer SJ, Shimizu K. MicroRNAs and epigenetics. *FEBS J*. 2011 May;278(10):1598-609.
- (79) Arranz MJ, Gallego-Fabrega C, Martín-Blanco A, Soler J, Elices M, Dominguez-Clavé E, Salazar J, Vega D, Briones-Buixassa L, Pascual JC. A genome-wide methylation study reveals X chromosome and childhood trauma methylation alterations associated with borderline personality disorder. *Transl Psychiatry*. 2021 Jan 5;11(1):5.

- (80) Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Salazar J, Vega D, Andión O, Sanchez-Mora C, Arranz MJ, Ribases M, Feliu-Soler A, Pérez V, Pascual JC. Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2014 Oct;57:34-40.
- (81) Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009 May;135(3):495-510.
- (82) Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 666–697). The Guilford Press.
- (83) Douniol M., Nezelof S., Gicquel L., Delvenne V. (2013). Chapitre 20. Dynamique familiale et expériences traumatiques: De quel traumatisme parle-t-on ?. Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 303-330). Paris: Dunod.
- (84) Horesh N, Ratner S, Laor N, Toren P. A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: a pilot study. *Psychopathology.* (2008) 41:300–6. 10.1159/000141925
- (85) Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P A. comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* (2009) 50:496–502. 10.1016/j.comppsy.2009.01.006
- (86) Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zerkowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* (2011) 20:168–74
- (87) Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, et al.. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol.* (2012) 24:251–65. 10.1017/S0954579411000812
- (88) Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick N. Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol.* (2014) 26:805–15. 10.1017/S0954579414000406
- (89) Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry.* (2001) 42:16–23. 10.1053/comp.2001.19755

- (90) Jovev M, Mckenzie T, Whittle S, Simmons JG, Allen NB, Chanen AM. Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. (2013) 22:220–9
- (91) Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Pers Disord*. 2000 Summer;14(2):171-87.
- (92) Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. (2012) 53:846–55. 10.1111/j.1469-7610.2012.02542.
- (93) Bradley S.J. (1979), The Relationship of Early Maternal Separation to Borderline Personality in Children and Adolescents: A Pilot Study, *Am J Psychiatry*, 136 (4A), 424-6.
- (94) Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009 Summer;21(3):1013-30.
- (95) Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*. 1990 Jan;60(1):55-66.
- (96) Lyons-Ruth K. CONTRIBUTIONS OF THE MOTHER-INFANT RELATIONSHIP TO DISSOCIATIVE, BORDERLINE, AND CONDUCT SYMPTOMS IN YOUNG ADULTHOOD. *Infant Ment Health J*. 2008;29(3):203-218.
- (97) Helgeland MI, Torgersen S. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2004 Mar-Apr;45(2):138-47.
- (98) Ludolph, P. S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 470–476.
- (99) Deborde A.S., Miljkovitch R. (2013). Chapitre 18. L'attachement impossible ? Dans : éd., *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 259-286). Paris. Dunod.
- (100) Lyons-Ruth, K. (2005). L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies*, 25, 223-234.

- (101) Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2009 Fall;21(4):1355-81.
- (102) Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678
- (103) Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- (104) Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- (105) Melnick, S., Finger, B., Hans, S., Patrick, M., & Lyons-Ruth, K. (2008). Hostile-helpless states of mind in the AAI: A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 399–423). The Guilford Press.
- (106) Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 718–744). The Guilford Press.
- (107) Lyons-Ruth K, Melnick S, Patrick M, Hobson RP. A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attach Hum Dev.* 2007 Mar;9(1):1-16.
- (108) Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22(4), 681–706
- (109) Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie: Modèles internes opérants et narratifs*. Presses Universitaires de France.
- (110) Speranza, M. (2012). 54. Troubles de la personnalité *borderline* à l'adolescence. Dans : Pierre Ferrari éd., *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 556-559). Cachan: Lavoisier.
- (111) Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders*, 2.

- (112) Jovev M, Chanen A, Green M, Cotton S, Proffitt T, Coltheart M, Jackson H. Emotional sensitivity in youth with borderline personality pathology. *Psychiatry Res.* 2011 May 15;187(1-2):234-40.
- (113) Corcos M. (2004) Conduites de dépendance à l'adolescence, le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence. Dans *Revue française de psychanalyse* 2004/2 (Vol. 68), pages 469 à 493, Éditions Presses Universitaires de France.
- (114) Gicquel L., Nicolas I., Robin M. (2014) Les défenses psychiques à l'épreuve des automutilations chez des adolescent(e)s borderline. In *Le Trouble Borderline à l'Adolescence*. Editions DUNOD.
- (115) Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2009 Apr;23(2):113-21.
- (116) Bleiberg E. (2004) *Treating personality disorders in children and adolescents. A relational approach*, New York, The Guilford Press.
- (117) Lis E, Greenfield B, Henry M, Guilé JM, Dougherty G. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci.* 2007 May;32(3):162-73. PMID: 17476363; PMCID: PMC1863557.
- (118) Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2003;54:163-71
- (119) Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Aug;22(3):212-9. PMID: 23970910; PMCID: PMC3749895.
- (120) De la Fuente JM, Goldman S, Stanus E, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 1997;31:531-41.
- (121) Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 2001;50:292-8.
- (122) Carrasco JL, Díaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotons L, López-Ibor MI, López-Ibor JJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science.* 2007;190:357–358.
- (123) Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J, Oppenheimer CW, Badanes LS, Abela JR, Young J, Smolen A. Association between 5-HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. *Front Psychiatry.* 2011 Mar 1;2:6.

- (124) Friedel RO. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1029-39.
- (125) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):929-35.
- (126) Chanen AM, Berk M, Thompson K. Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Sep-Oct;24(5):330-41.
- (127) Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Yen, S., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Dyck, I. R., Morey, L. C., & Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 822–826.
- (128) Stepp SD, Scott LN, Morse JQ, Nolf KA, Hallquist MN, Pilkonis PA. Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Compr Psychiatry*. 2014 Apr;55(3):657-66.
- (129) Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;65(1):5-15.
- (130) Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of Borderline Personality Disorder: Is Supply Adequate to Meet Public Health Needs *Psychiatric Services*, 70(9), 772–781.
- (131) Bateman A., Gunderson J., Mulder R.. Treatment of personality disorder. *Lancet* 2015 ; 385 : 735-43.
- (132) Links, P.S., Ross, J. and Gunderson, J.G. (2015), Promoting Good Psychiatric Management for Patients With Borderline Personality Disorder. *J. Clin. Psychol.*, 71: 753-763.
- (133) Gabrielle S Ilagan, Lois W Choi-Kain, General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder, *Current Opinion in Psychology*, Volume 37, 2021, Pages 1-6, ISSN 2352-250X.
- (134) Laurensen, E.M.P., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J. *et al.* Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 7, 3 (2013).

- (135) Ridolfi M.E., Rossi R., Occhialini G., et al. A clinical trial of a psychoeducation group intervention for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2019; 81(1):19m12753. 31917907.
- (136) Zimmermann, R., Fürer, L., Schenk, N., Koenig, J., Roth, V., Schlüter-Müller, S., Kaess, M., & Schmeck, K. (2021). Silence in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(2), 160–170.
- (137) Martina Jovey, Melissa Green, Andrew Chanen, Sue Cotton, Max Coltheart, Henry Jackson, Attentional processes and responding to affective faces in youth with borderline personality features, *Psychiatry Research*, Volume 199, Issue 1, 2012, Pages 44-50, ISSN 0165-1781.
- (138) Sune Bo, Janne Walløe Vilmar, Stefan Lock Jensen, Mie Sedoc Jørgensen, Mickey Kongerslev, Majse Lind, Peter Fonagy, What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model, *Current Opinion in Psychology*, Volume 37, 2021 ,Pages 7-12, ISSN 2352-250X.
- (139) Weiner, Alan S. et al. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents *Psychiatric Clinics*, Volume 41, Issue 4, 729 - 746
- (140) Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 15 : CD005652.
- (141) Pernille Darling Rasmussen. (2023) ‘I was never broken—I just don’t fit in this world.’ A case report series of misdiagnosed women with higher functioning ASD. *Nordic Journal of Psychiatry* 77:4, pages 352-359.
- (142) EULER Sebastian, DAMMANN Gerhard, ENDTNER Katrin, LEIHENER Florian, PERROUD Nader, REISCH Thomas, SCHMECK Klaus, SOLLBERGER Daniel, WALTER Marc, KRAMER Ueli. Trouble de la personnalité borderline : recommandations de traitement pour la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) *L'information psychiatrique*, 2020/1 Volume 96, p.35-43.
- (143) BEAUDOIN, M, & AGUERRE, C (2018). Spécificités, visées et apports de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans le cadre de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline (TPB) *PSN*, 2018/2 Volume 16. pp. 25-41.
- (144) S. Garny De La Rivière, B. Houinou Ebo, B. Naepels, V. Segard, A. Gueant, N. Rey, E. Legrand, R. Labelle, J.-M. Guile, Adaptation de la thérapie comportementale

dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 65, Issue 1, 2017, Pages 5-13, ISSN 0222-9617.

- (145) Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E.. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York : Guilford Press, 2003 .
- (146) Arntz A, Jacob GA, Lee CW, et al. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(4):287–299.
- (147) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):11-5.
- (148) YEOMANS, F, DELANEY, J, & RENAUD, A (2016). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *L'information psychiatrique*, 2016/2 Volume 92. pp. 99-105.
- (149) Foelsch, P. A., Odom, A. E. & Kernberg, O. F. (2008). Modifications à la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) pour le traitement des adolescents avec une identité diffuse. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 37–60.
- (150) McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), 650-661.
- (151) Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- (152) Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- (153) Dibaj, I. S., Tørmoen, A. J., Klungsøyr, O., Haga, E., & Mehlum, L. (2024). Trajectories and predictors of change in emotion dysregulation and deliberate self-harm amongst adolescents with borderline features. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29(2), 407-423.
- (154) McLaughlin, S. P., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), 260.

- (155) Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., ... & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594-604.
- (156) O'connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 518-525.
- (157) Granic, I., & Dishion, T. J. (2003). Deviant talk in adolescent friendships: A step toward measuring a pathogenic attractor process. *Social development*, 12(3), 314-334.
- (158) Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of personality*, 88(1), 88-105.
- (159) Pu, J., Zaidi, M. F., Patel, M., Atluri, L. M., Gonzalez, N. A., Sakhamuri, N., ... & Mohammed, L. (2023). The influence of family intervention on the treatment of adolescent patients with borderline personality disorder: a literature review. *Cureus*, 15(6).
- (160) Fossati, A., & Somma, A. (2018). Improving family functioning to (hopefully) improve treatment efficacy of borderline personality disorder: An opportunity not to dismiss. *Psychopathology*, 51(2), 149-159.
- (161) Whalen, D. J., Scott, L. N., Jakubowski, K. P., McMakin, D. L., Hipwell, A. E., Silk, J. S., & Stepp, S. D. (2014). Affective behavior during mother–daughter conflict and borderline personality disorder severity across adolescence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 88.
- (162) Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 70.
- (163) Cohen, S. (2021). Psychoeducation for carers of people with borderline personality disorder: implementation of the Family connections program in France and Switzerland.
- (164) Woodberry, K. A., Miller, A. L., Glinski, J., Indik, J., & Mitchell, A. G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 585-602.
- (165) Jeannot, M. (2013). Chapitre 12. Parcours scolaires des adolescents borderline. In *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 173-186). Dunod.

- (166) Preyde, M., Parekh, S., Warne, A., & Heintzman, J. (2017). School reintegration and perceived needs: The perspectives of child and adolescent patients during psychiatric hospitalization. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34, 517-526.
- (167) Vanderburg, J. L., Tow, A. C., Marraccini, M. E., Pittleman, C., & Cruz, C. M. (2023). Caregiver experiences of adolescent school reentry after adolescent hospitalization due to suicidal thoughts and behaviors: recommendations to improve reentry practices. *Journal of school health*, 93(3), 206-218.
- (168) Maor, D., & Mitchem, K. (2020). Hospitalized Adolescents' Use of Mobile Technologies for Learning, Communication, and Well-Being. *Journal of Adolescent Research*, 35(2), 225-247.
- (169) Jeannot, M. (2013). Expérience française du soins-études: une spécificité. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, 195.
- (170) Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 199-210.
- (171) Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Dugré-le Bigre, C., ... & Speranza, M. (2013). Utilisation des services de santé mentale par les adolescents borderline. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, 187.
- (172) Kujala, Emmi^a; Hakko, Helinä^b; Riipinen, Pirkko^a; Riala, Kaisa^a. Associations of adolescent psychosocial factors to later benzodiazepine use: a population-based follow-up study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. *International Clinical Psychopharmacology* 38(3):p 146-153, May 2023
- (173) Bushnell GA, Gerhard T, Keyes K, Hasin D, Cerdá M, Olfson M. Association of Benzodiazepine Treatment for Sleep Disorders With Drug Overdose Risk Among Young People. *JAMA Netw Open*. 2022;5(11):e2243215.
- (174) Stoffers, J. M., & Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for borderline personality disorder—current evidence and recent trends. *Current psychiatry reports*, 17, 1-11.
- (175) Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 28;55(6):223.
- (176) Saloppé, X., Thiry, B., Caels, Y., Davaux, A., Deloyer, J., Englebert, J., ... & Pham, T. (2012). Prévalences psychiatriques de patients internés dans les hôpitaux psychiatriques belges francophones. *Acta psychiatrica belgica*, 112(3).
- (177) Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2021). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 54-60.

- (178) Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, *156*(10), 1563-1569.
- (179) Robin, M., Bellone, L., Belbèze, J., Kazemian, K., Radjack, R., & Corcos, M. (2023). Three-level containment model of hospitalized adolescents with borderline pathology: a holistic therapeutic perspective. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1110788.
- (180) Iliakis, E. A., Sonley, A. K., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs?. *Psychiatric services*, *70*(9), 772-781.
- (181) Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., & Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry research*, *312*, 114558.
- (182) Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, *21*, 1-10.
- (183) Aouidad, A., Cohen, D., Mirkovic, B., Pellerin, H., Garny de La Rivière, S., Consoli, A., ... & Guilé, J. M. (2020). Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC psychiatry*, *20*, 1-13.
- (184) Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., ... & Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of affective disorders*, *197*, 231-238.
- (185) Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health*, *11*(3), 157-163.
- (186) Stead, V. E., Boylan, K., & Schmidt, L. A. (2019). Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *6*, 1-12.
- (187) Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, *59*(5), 319-324.

- (188) Greiner, C., Debbané, M., Besch, V., & Prada, P. (2022). TBM-Crise: intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 221-233.
- (189) Debbané, M., Fonagy, P., & Badoud, D. (2016). De la mentalisation à la confiance épistémique: échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 181-195.
- (190) Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive psychiatry*, 43(4), 301-310.
- (191) Schuppert, H. M., Timmerman, M. E., Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., ... & Nauta, M. H. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1314-1323.
- (192) Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 27(4), 217-232.
- (193) Delvenne, V., de Kernier, N., Guénolé, F., Gicquel, L., Douniol, M., Barbe, R., & Speranza, M. (2013). Tenter de se tuer pour supporter le vide et l'angoisse.

Annexes

Première annexe : Plan de l'APARTE

Deuxième annexe : Exemple d'organisation des effectifs sur
une journée

Troisième annexe : Le contrat de soins

Quatrième annexe : Exemple de programme de soins pour un
adolescent

Troisième annexe : Le contrat de soins

Contrat de soins de l'Accueil Pédiopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date d'entrée :

Date de sortie :

I – Pour le patient

Pendant cette période d'hospitalisation d'une durée de sept jours, l'équipe soignante s'engage à vous proposer des soins pluri-professionnels en individuel et en groupe par le biais de :

- 3 entretiens médicaux dont au moins un avec les parents/représentants légaux,
- au moins 2 entretiens individuels avec un soignant,
- 4 médiations groupales programmées,
- 1 entretien avec le psychologue,
- 1 entretien avec l'assistante de service social, selon les besoins,
- 1 entretien parents/adolescent/soignant,
- un accompagnement dans la réalisation d'un plan de gestion de crise.

Ces temps de prise en soins ont pour objectifs d'identifier les facteurs déclencheurs et le contexte de la crise, afin de pouvoir vous amener à les formuler et à vous projeter dans votre vie quotidienne, soutenu par de nouveaux outils de repérage et d'apaisement.

Pendant cette période d'hospitalisation d'une durée de 7 jours, vous vous engagez :

- à suivre et à respecter le programme de soins qui vous est remis,
- à suivre et à respecter les règles de vie du service,
- à renseigner différents questionnaires qui permettront aux soignants une aide à l'accompagnement et une évaluation de votre évolution.

II – Pour les parents / représentants légaux / structures d'accueil

Pendant cette période d'hospitalisation d'une durée de 7 jours, l'équipe soignante s'engage à vous proposer :

- au moins un rendez-vous médical, en présence de votre adolescent,
- 1 entretien avec l'assistante de service social, selon les besoins,
- 1 entretien médiatisé par un soignant et/ou un temps de recueil de données,
- un accompagnement dans la réalisation d'un plan de gestion de crise.

Pendant cette période d'hospitalisation d'une durée de 7 jours, vous vous engagez :

- à vous rendre disponible pour les différents rendez-vous qui vous seront proposés,
- à investir un travail et amorcer un changement dans la dynamique environnementale de votre adolescent.

La pertinence de l'indication de votre adolescent sur l'APARTE peut être réévaluée selon des critères médicaux, tout au long du séjour.

Chacun s'engage à respecter le protocole de soins sur toute la durée de l'hospitalisation.

Signature de l'adolescent(e)

Signature des parents ou représentant légal

Signature d'un représentant de l'équipe soignante

Quatrième annexe : Exemple de programme de soins pour un adolescent

PLANNING PATIENT APARTE (entrée lundi) Hospitalisation 7 jours

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI	DIMANCHE	LUNDI
8h30 - 9h				Lever, petit déjeuner en groupe, douche				
9h - 9h30								
9h30 - 9h50				Rituel d'ancrage				
10h - 10h30				Médiation adolescent/parent	Médiation groupale programmée : cuisine/thérapie			
10h30 - 11h	Entretien d'accueil : médecin et soignant	Médiation groupale programmée : expression	Médiation groupale programmée : sport	Temps libre			Temps libre	
11h - 11h30								Entretien de sortie : médecin et soignant
11h30 - 12h								
12h - 12h30								
12h30 - 13h40	Déjeuner en groupe							
13h40 - 14h20				Temps libre				
14h30 - 15h	Médiation groupale programmée : image de soi	Entretien individuel avec IDE/ES	Entretien médical individuel	Médiation groupale programmée : tolérance à la détresse	Entretien individuel avec IDE/ES	Entretien individuel avec IDE/ES	Entretien individuel avec IDE/ES	
15h - 15h30								
15h30 - 16h								
16h - 16h30				Goûter en groupe				
16h30 - 17h	Médiation groupale non programmée	Médiation groupale non programmée	Médiation groupale non programmée	Entretien individuel avec IDE / ES	Médiation groupale non programmée	Médiation groupale non programmée	Médiation groupale non programmée	
17h - 17h30								
17h30 - 18h								
18h15 - 18h45								
18h45 - 19h	Prise des traitements							
19h30 - 20h	Dîner en groupe							
20h - 20h30	Entretien à la demande OU temps libre							
20h30 - 21h	Temps libre							
21h - 21h20	Entretien à la demande OU temps libre							
21h30 - 22h	Coucher							
22h								



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence a fait l'objet de nombreuses recherches au cours de ces deux dernières décennies, qu'ils s'agissent de travaux permettant de préciser son expression clinique, mais surtout de travaux permettant d'orienter sa prise en soins. Les conséquences individuelles et collectives de l'évolution de cette pathologie nous amènent à requestionner la nature et la structure de l'offre de soins, à la lumière des récentes recherches, et à reréfléchir l'organisation du parcours de soins de ces patients au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Poitiers notamment à travers la création d'une unité d'hospitalisation spécialisée dans la prise en soins du trouble de la personnalité borderline à l'adolescence : l'Accueil Pédopsychiatrique d'Apaisement et de Ressources Thérapeutiques et Educatives (APARTE).

Mots-clés : Adolescence, APARTE, borderline, crise, hospitalisation, intervention brève, intervention multimodale, intervention précoce, mentalisation, NSSI, revue, suicidalité.