

Trouble borderline et réhabilitation psychosociale

Journée du réseau de réhabilitation psychosociale

21 juin 2021

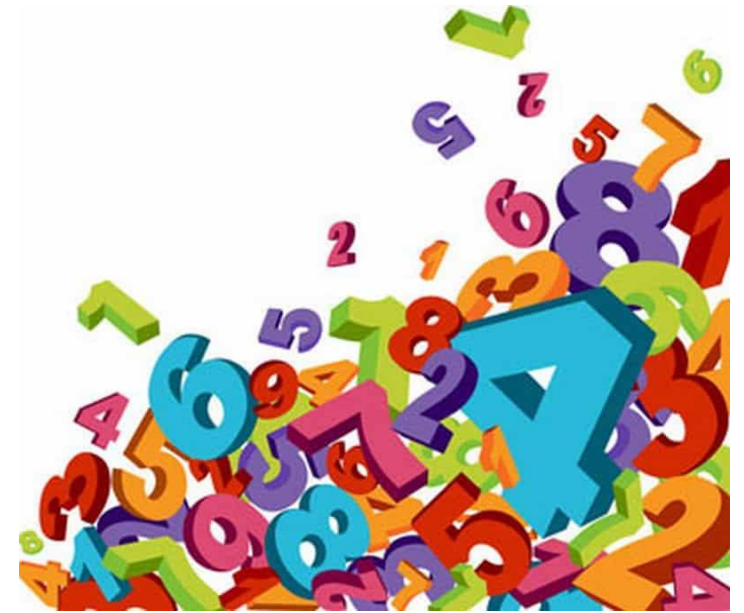
Laure FAVRE REGUILLON – Docteur Benjamin GOUACHE



Quelques chiffres

(Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005)

- 2 à 6 % de la population générale
- 10 % en service ambulatoire
- 20 % en service d'hospitalisation
- 50 % dans service des crises suicidaires



- **L'âge, le sexe, et la culture ne sont pas associés avec le TPL** (Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, 2007).
- **Le taux de diagnostic TPB entre femmes et hommes est équivalent** (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Personality Disorder, 2012, US).
- Les personnes qui souffrent de TPL **risquent cinquante fois plus de décéder par suicide que la population générale** (Lieb, K. et al., 2004).
- En 2013-2014, **13 % des personnes ayant utilisé les services de l'AQPAMM** (équivalent québécois de l'UNAFAM) avaient un proche atteint d'un trouble de personnalité limite.

Constat



Constat

- ✓ Forte demande : à ce jour 14 % de la file active du C3R
- ✓ Pas/peu d'offre de soin spécifique tant dans le public qu'en libéral
- ✓ Demande chez des personnes jeunes – nécessité d'une détection et intervention précoce (Chanen 2013, 2016, 2017) – cf programme HYPE (Orygen)
- ✓ Globalement le parent pauvre de la psychiatrie et de la réhabilitation psychosociale
- ✓ Difficulté face aux ruptures du parcours de soin (abandon, absentéisme...)
- ✓ Suite au préadmissions :
 - ✓ Question des diagnostics différentiels (TSA, TDAH...)
 - ✓ Tous les usagers avec TBDL ne sont pas prêts pour un parcours de réhabilitation :
 - ✓ Problématique sociale au 1^{er} plan
 - ✓ Instabilité dans la priorisation de leurs projets
 - ✓ ...

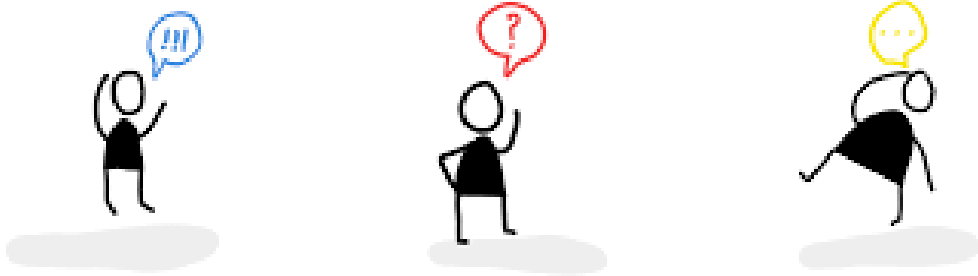
La stigmatisation

- Diagnostic psychiatrique le plus stigmatisé (Nehls, 1998)
- Affecte aussi les cliniciens → réticence à poser le diagnostic (Chanen, 2013)
- Principale raison qui pousse les jeunes à ne pas chercher de soins en santé mentale (Gulliver, 2013)
- L'étiquette « borderline » suscite des croyances et émotions négatives particulières chez les infirmiers en psychiatrie en ce qui concerne la sympathie, le rejet ou l'optimisme (Markham, 2003)
- Semble en lien avec des croyances infondées sur la stabilité et le caractère contrôlable des comportements, des causes du comportement et de la dangerosité des personnes ayant ce trouble.



- Raisons suggérées : sentiments de frustration, impuissance, peur, incompetence ; chez des professionnels devant faire face à la colère intense, l'auto-agressivité, les idées suicidaires et tentatives de suicide
 - Dans la population générale : surtout stigmatisation des comportements associés et non de l'étiquette « borderline » (Furnham, 2015)
 - Le corollaire de la stigmatisation : l'auto-stigmatisation, un frein au rétablissement
 - Recommandation : éviter de poser le diagnostic de borderline peut paradoxalement perpétuer le stigma associé à cette étiquette.
- Une alternative préférable serait d'améliorer la compréhension de ce trouble chez les cliniciens ! (Orygen)

Réflexion



- ✓ Nécessité d'un accueil spécifique
- ✓ Evaluation psychologique =
Entretien motivationnel : 2 à 4 entretiens avec un psychologue entre la préadmission médicale et l'évaluation standard
- ✓ Couplage C3R / soins extérieurs
- ✓ Question d'un contrat ?

Entretien motivationnel

Evaluation de la symptomatologie

- ✓ Ce que la personne connaît de son trouble
- ✓ Impact fonctionnel

Evaluation de la crise

Raisons/envie/besoins de développer des compétences.

Evaluation de la stabilité – mobilisation de l'engagement

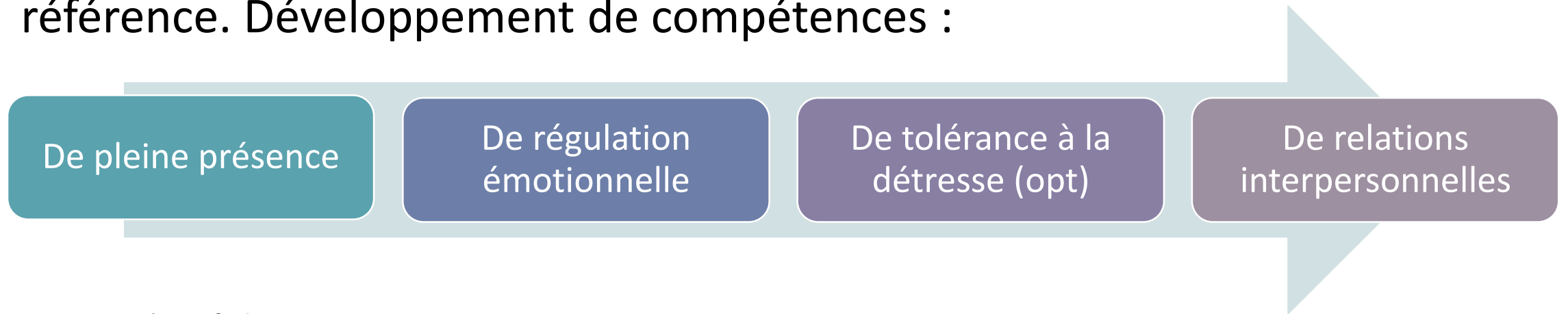
Evaluation globale (de la motivation, empowerment, rétablissement)

- A quoi vous verriez que le suivi C3R a été utile pour vous ? Concrètement, que feriez-vous de nouveau, davantage ?
- A combien de % êtes-vous prêt à mettre en place des actions concrètes dès demain ?
- Quel changement dans votre propre fonctionnement vous paraît souhaitable pour aller dans cette direction ?
- Qu'avez vous déjà essayé allant dans ce sens ? Par le passé, qu'est ce qui a pu concrètement vous aider à aller dans cette direction ? A l'heure actuelle qu'est ce qui favorise _____ (bien-être, autonomie, rétablissement ou autres) ?



Construction d'un accompagnement TCD

Thérapie comportementale dialectique développée par M. Linehan, s'est imposée depuis la fin des années 1980 comme l'un des soins de référence. Développement de compétences :



+ psychoéducation

+ MCT (entraînement métacognitif de Moritz) spécifique au trouble borderline

Retour d'expérience



- ✓ Besoin de travailler en articulation avec la psychiatrie générale
- ✓ Evaluation plus spécifique nécessaire pour mettre en évidence les besoins de réhabilitation et l'engagement dans les soins
- ✓ Pertinence contenu atelier et besoin central des usagers = dysrégulation émotionnelle
- ✓ Accompagnement des familles (équipe formée), programme BREF, et mise en place de « Connexions familiales » à l'automne

Ressources

- C3R (CHAI) : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/c3r-43>
- Centre de thérapies des troubles de l'humeur et émotionnels : <https://www.santementale.fr/2021/03/nauguration-du-centre-de-therapies-des-troubles-de-l-humeur-et-emotionnels-borderline-du-chu-de-montpellier/>
- <https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/02/Borderline2014.pdf>
- Connexions familiales : <https://tpl-familles.org/>
- Recommandations pour les familles : <https://dev.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2011/08/Recommandations.pdf>



Merci de votre attention