

Intervention précoce et rétablissement dans le trouble de personnalité borderline



Centre ressource HYPE-France de soins précoces et
réhabilitation psychosociale autour des troubles émotionnels
borderline

Dr Clémentine ESTRIC – Psychiatre – CHU Nîmes



Plan

1. Trouble de personnalité borderline
2. Modèle HYPE-France

Trouble de personnalité borderline en bref



- Trouble de personnalité (TP): perturbation durable du **fonctionnement de SOI et/ou INTERPERSONNEL**, avec des schémas inadaptés de cognition, d'expérience ou d'expression émotionnelle et de comportement
- Spectre graduel: Difficultés de personnalité → TP sévère (=borderline)

Bach and First *BMC Psychiatry* (2018) 18:351
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

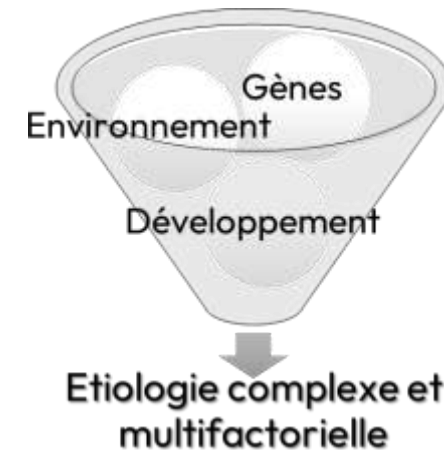
BMC Psychiatry

CASE REPORT

Open Access

Application of the ICD-11 classification of personality disorders

Bo Bach^{1*} and Michael B First²

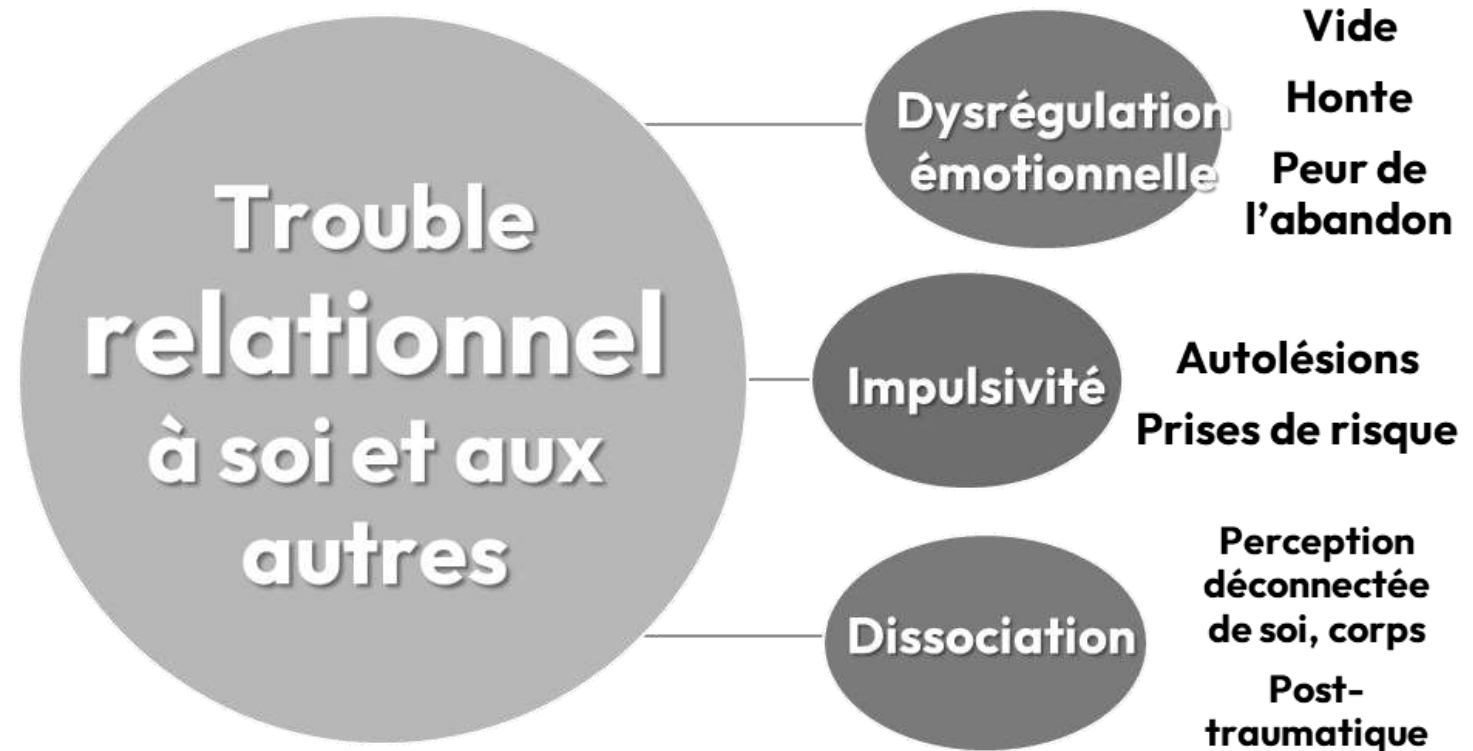


(Winsper 2018, Amad 2014, Skoglund 2021, Witt 2017)

Trouble de personnalité borderline (TPB, limite TPL)

= source
(origine) du
trouble

... et pas
seulement sa
conséquence
(comme dans
d'autres
troubles)



- **Diagnostic valide et fiable dès l'adolescence (12 ans)** (Chanen 2022, Cohen 2005, Tackett 2009)
- **Trouble fréquent:** 1 à 2 voire 6% population générale (3% des jeunes)
 - 9% des visites aux urgences ; 10% des patients en consultation ; 20% des patients hospitalisés ; 50% des patients hospitalisés en service d'urgence psychiatrique
 - 20% fréquentent des services de santé mentale
- **Pic de prévalence à la puberté et jeune adulte (15-25 ans)**
 - A l'âge de 24 ans: 1 jeune/5 aura souffert d'un TP; parmi eux: 1/5 d'un TP sévère
(Winsper 2020, Chanen 2017, Schandrin 2022, Johnson 2008, Moran 2006, Zanarini & Gunderson 2008)
- **Trouble grave: taux de décès par suicide entre 4 à 10%**
 - 18% de tous les suicides
 - 33% des suicides chez les sujets jeunes
(Paris & Zweig Frank 2001, 2004, Zanarini, 2006)

- Stigma:

- Le trouble mental le plus stigmatisé / dont les psychiatres ont le plus peur
- Stigma par professionnels de soins > grand public
(*évolution péjorative, contrôle/manipulation du patient, incompétence du soignant*)
- « *Soft bigotry of low expectations* » (A.Chanen): offre d'un système de soins « moins pire », ignore les preuves, s'accroche à des notions dépassées, adapte les objectifs aux besoins des services et non des patients, soins trop tardifs et non adaptés aux jeunes notamment pour le rétablissement personnel
- Doit encore passer du statut de « diagnostic controversé » à celui de **problème de santé mentale courant tout au long de la vie** (Hamilton 2016, Markham 2003, Pham 2021, Chanen)

- Coût élevé pour la société (Cailhol 2015, Wagner 2021)

- Traitement médicamenteux fonctionnent peu ou pas !
- Taille d'effet des psychothérapies modeste (+50% de non répondeurs – Woodbridge 2021) et peu d'effet sur le fonctionnement (éducation / emploi)

Plus le début est jeune, plus le risque de maintien adulte est élevé (Crawford 2001, Johnson 2000, Stepp 2014)

Evolution favorable à 10 ans dans 91% mais 50% de répercussion sur le fonctionnement psychosocial:

- Relations familiales (Chanen 2007; Chanen, Sharp 2017; Cotton 2022)
- Résultats sur éducation et emploi parmi les plus mauvais de tous les troubles mentaux et persistent plusieurs décennies (Bagge 2004 ; Trull 1997)
- Invalidité et chômage élevés et supérieurs à dépression/anxiété (Winograd, 2008 ; Winsper 2015)
- Mauvaise santé physique et sexuelle; coûts de santé élevés
- Coûts socio-économiques élevés

(Chanen, Sharp 2022; Thompson 2017; Cavelti 2021 & 2022; Juurlink 2021; Wertz 2020; Winsper 2020; Ostby 2014; Hastrup 2019 & 2022)

Category	Marker	Level of evidence
ACEs	Multiple interpersonal traumatic events	+++
	Severity of childhood sexual abuse	++
BPD symptom profile	Number and severity of BPD symptoms	+++
	Presence of impulsive/random NSSI	+
Associated mental state disorders	Psychotic symptoms	+++
	Substance abuse	+++
Personality	AMPD criterion A impairment	++
	High neuroticism and low agreeableness	++
Current interpersonal context	Absence of experienced peer and parent support	+
	Current adverse interpersonal events	+
Biological disposition	Amygdala habituation deficit	+
	Family disposition for severe psychopathology	+

- **Jeunes adultes avec TPB oubliés** alors qu'ils représentent la population la plus à risque → non ciblés par les thérapies adaptées aux adolescents, exclus des thérapies habituelles pour adultes, souvent hospitalisés, altérations neurocognitives liées aux traumatismes précoces non prises en compte

→ Nécessité d'INTERVENTION PRECOCE et ADAPTEE pour les jeunes

- **Intervention précoce:** détecter/aller-vers + poser le diagnostic + intervenir sur le risque principal **(POTENTIEL SUICIDAIRE LIE A L'IMPULSIVITE)**
- **Adapter le traitement proposé selon le STADE de la maladie** (âge jeune = gradient de sévérité plus élevé) **et des spécificités liées à l'AGE** (jeune adulte)
- **Prendre en compte le TRAUMA PRECOCE (ACEs) et les ALTERATIONS NEUROCOGNITIVES**
- **Décloisonner les soins (au vu des COMORBIDITES/CO-OCCURRENCES qui sont la norme)** tout en préservant les connaissances/compétences spécialisées: penser pathologie duelle voire approche TRANSDIAGNOSTIQUE
- Offrir les mêmes droits d'accès aux soins que d'autres troubles, lutte contre la stigmatisation
- Enfin considérer que la **réhabilitation psychosociale** est aussi un objectif thérapeutique premier et réalisable dans les TP

RETABLISSEMENT PERSONNEL + FONCTIONNEMENT VIE QUOTIDIENNE > extinction des symptômes

Modèle HYPE-France



Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder The MOBY Randomized Clinical Trial

Andrew M. Chanen, MBBS(Hons), PhD; Jennifer K. Betts, DPsych(Clin); Henry Jackson, PhD; Sue M. Cotton, MAppSc(Statistics), PhD; John Gleeson, PhD; Christopher G. Davey, MBBS(Hons), PhD; Katherine Thompson, PhD; Sharnel Perera, PhD; Victoria Rayner, BBSi(Hons); Holly Andrewes, PhD; Louise McCutcheon, DPsych(Clin)

Bringing personality disorder in from the cold: Why personality disorder is a fundamental concern for youth mental health

Australasian Psychiatry
2023, Vol. 0(0) 1–3
© The Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permission
DOI: 10.1177/1039856223115951
journals.sagepub.com/home/apj
SAGE

Andrew M Chanen  Orygen, Melbourne,

Debate

Debate: It is time to stop turning a blind eye to personality disorder in young people

Andrew M. Chanen 

First published: 15 March 2022 | <https://doi.org/10.1111/camh.12554> | Citations: 5



by Patrick D. McGorry, Jane Edwards, Cathrine Mihalopoulos, Susan M. Harrigan, and Henry J. Jackson

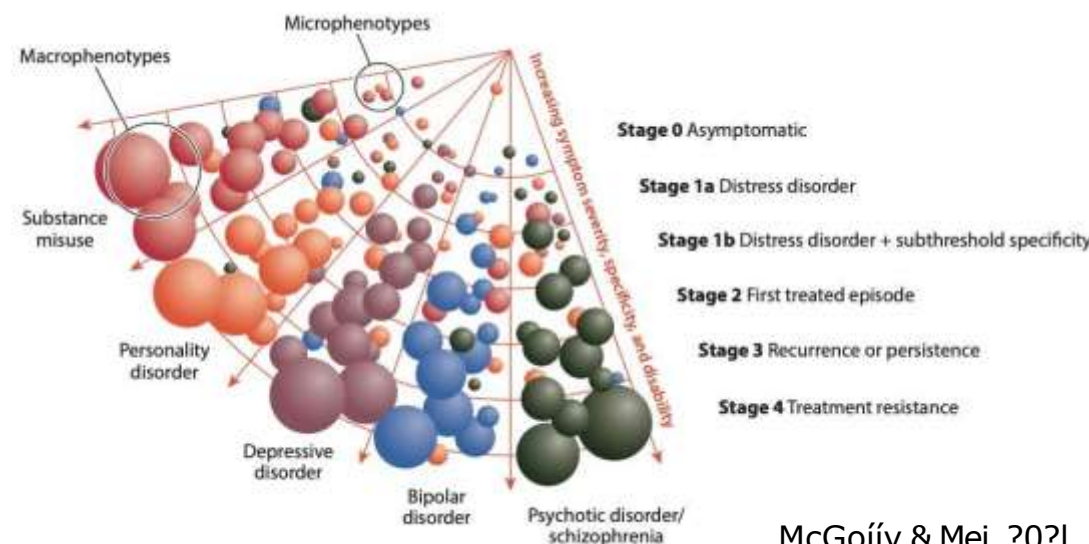
Abstract

Early intervention at the onset of psychotic disorders is a highly attractive theoretical notion that is receiving increasing international interest. In practical terms, it amounts to first deciding when a psychotic disorder can be said to have commenced and then offering potentially effective treatment at the earliest possible point. A second element involves ensuring that this intervention constitutes best practice for this phase of illness and is not merely the translation of standard treatments developed for later stages and the more persistently ill subgroups of the disorder. Furthermore, it means ensuring that this best practice model is actually delivered to patients and families. The relative importance of these elements in relation to outcome has not yet been established. This article outlines a framework for preventive intervention in early psychosis, based on more than a decade of experience initially gained within a first-generation

model is contrasted with the first. The implications of these findings and future developments are discussed. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2):305–326, 1996.

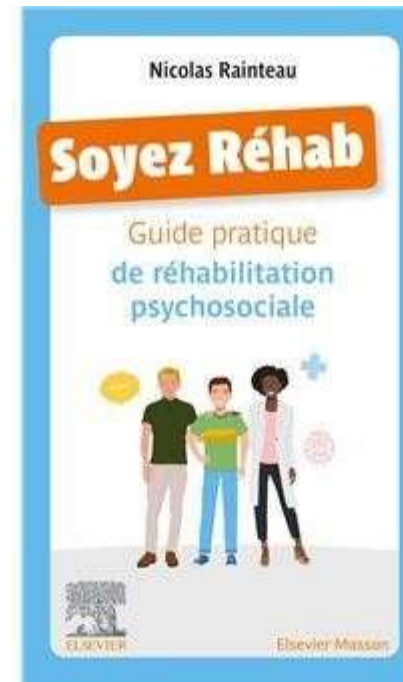
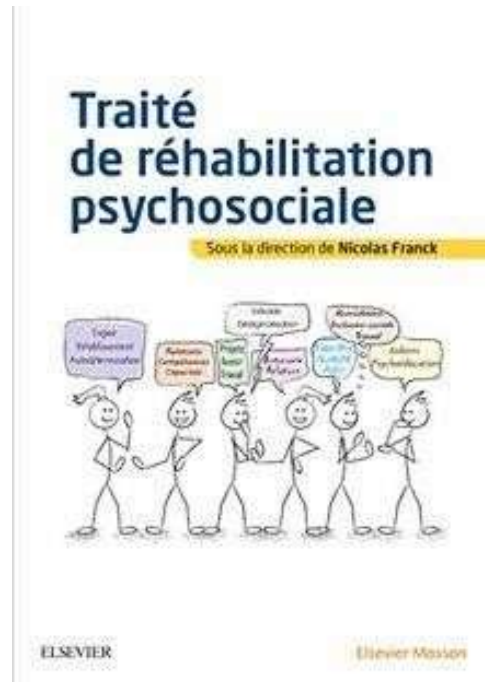
Very early schizophrenia still constitutes a relatively unexplored territory. Entry into this territory calls for new ideas on the social problems involved in bringing the early schizophrenic under treatment, or where the treatment should be carried out and in what it should consist. [Cameron 1936, p. 377]

These words, penned nearly six decades ago before the availability of neuroleptic treatment, still provide a surprisingly accurate description of the present status of clinical care for young people with an emergent psychotic disorder. They also succinctly state some of the key issues on which we must achieve consensus if we are to provide timely and optimal treatment for new generations of young people and their families affected by this group of pervasive and persistent disorders. Cameron



McGoiv & Mei, 2021

- En France: culture « réhab » qui vise le rétablissement personnel



→ Améliorer la trajectoire **FONCTIONNELLE** des jeunes, réduire les interventions iatrogènes et promouvoir des comportements plus adaptés



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de l'offre de soins



Fonds d'innovation
organisationnelle
en psychiatrie

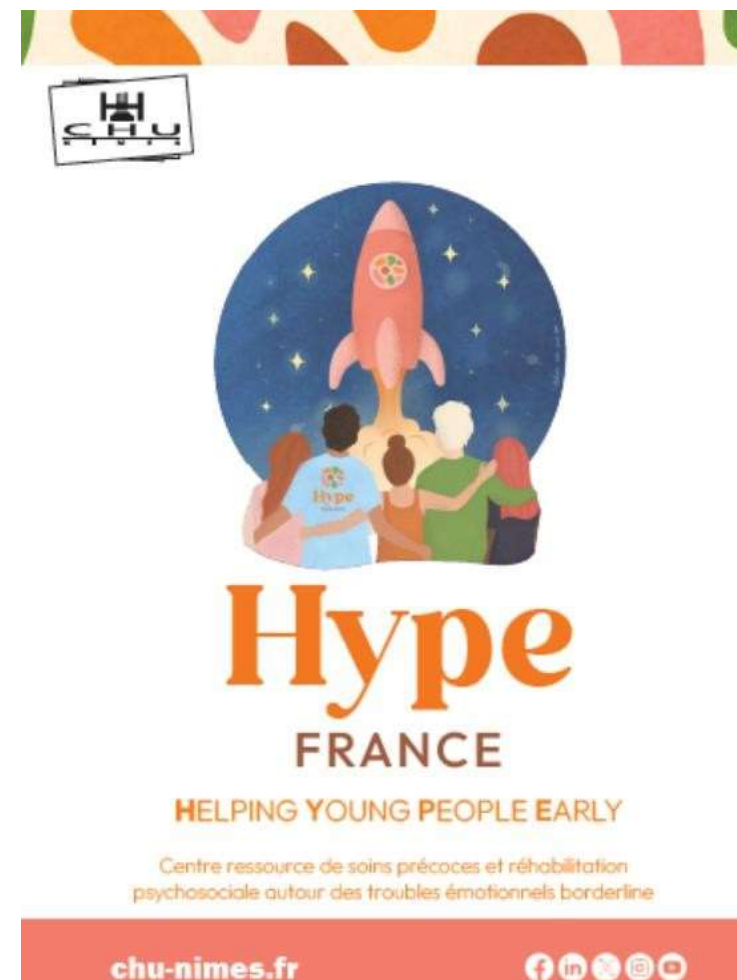
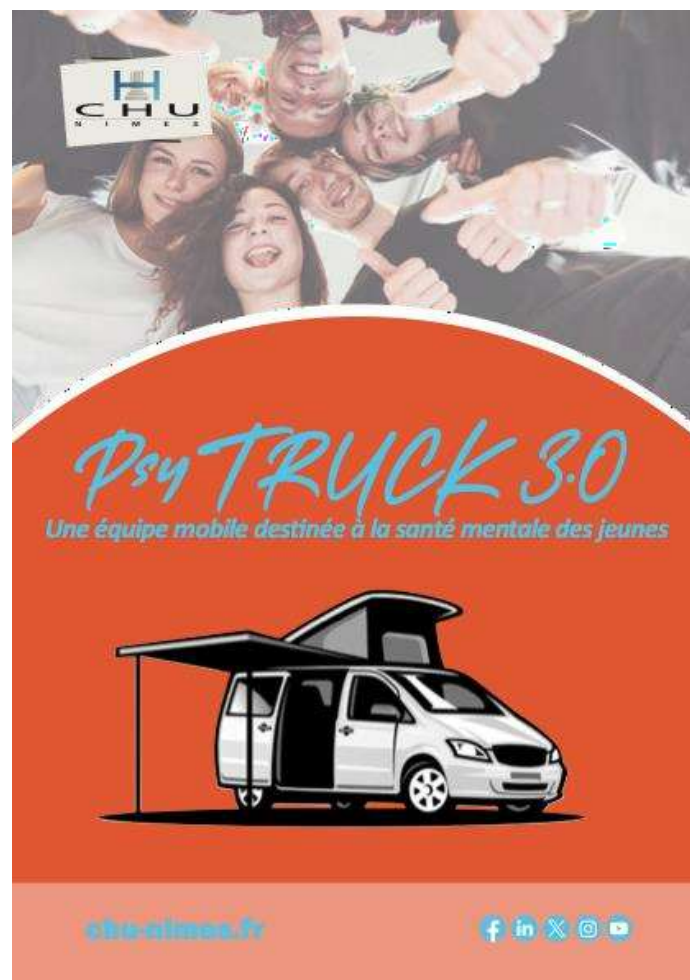
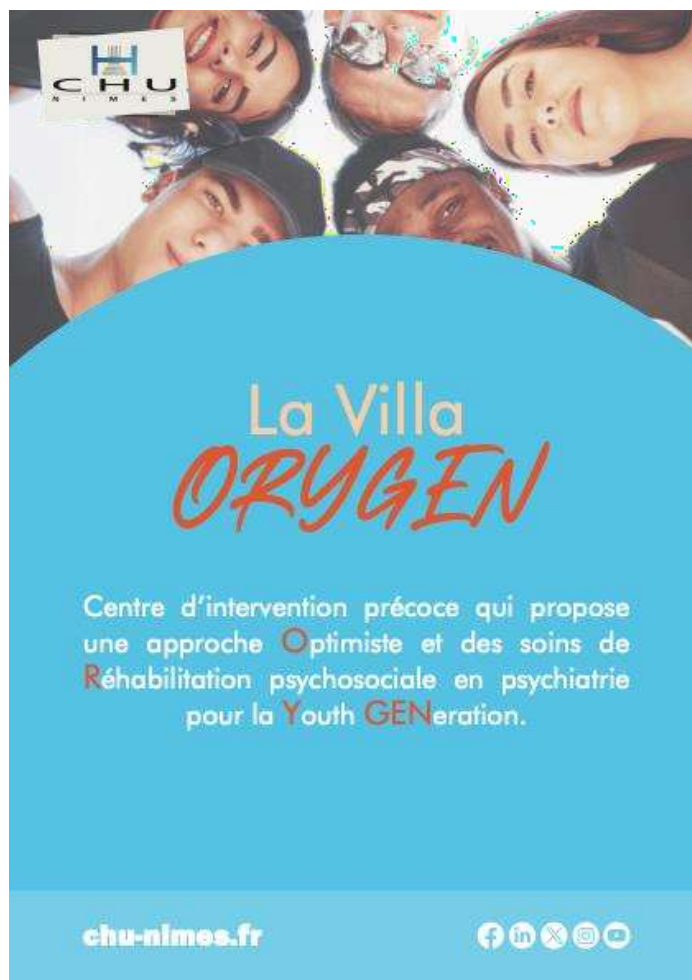
APPEL A PROJETS FONDS D'INNOVATION ORGANISATIONNELLE EN PSYCHIATRIE (FIOP) 2023

OCCITANIE	30	CHU Nîmes	HYPE France (helping young people early)
-----------	----	-----------	--



**REVOLUTION
IN MIND** ory
gen

Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes



Dr Aurélie SCHANDRIN – cheffe de pôle Psychiatries CHU Nîmes

Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

- Ouverture du centre ressource sur Nîmes en Septembre 2024
 - Jeunes entre 16 et 25 ans
 - Trouble borderline ou souffrance émotionnelle émergente + comorbidités
-
- Suivi individuel « classique » : psychologue / psychiatre
 - **Case management (personnalisé) + job coaching + pair-aidance**
 - **Groupes de thérapie selon le besoin dès 12 ans**
 - **Familles: consultations et CONNEXIONS FAMILIALES***



- Approche HYPE:

PAS centré sur la psychothérapie

- Même si peut être utile si adaptée aux besoins de chaque personne
- Car la cible n'est PAS LA REDUCTION DES SYMPTOMES avant tout

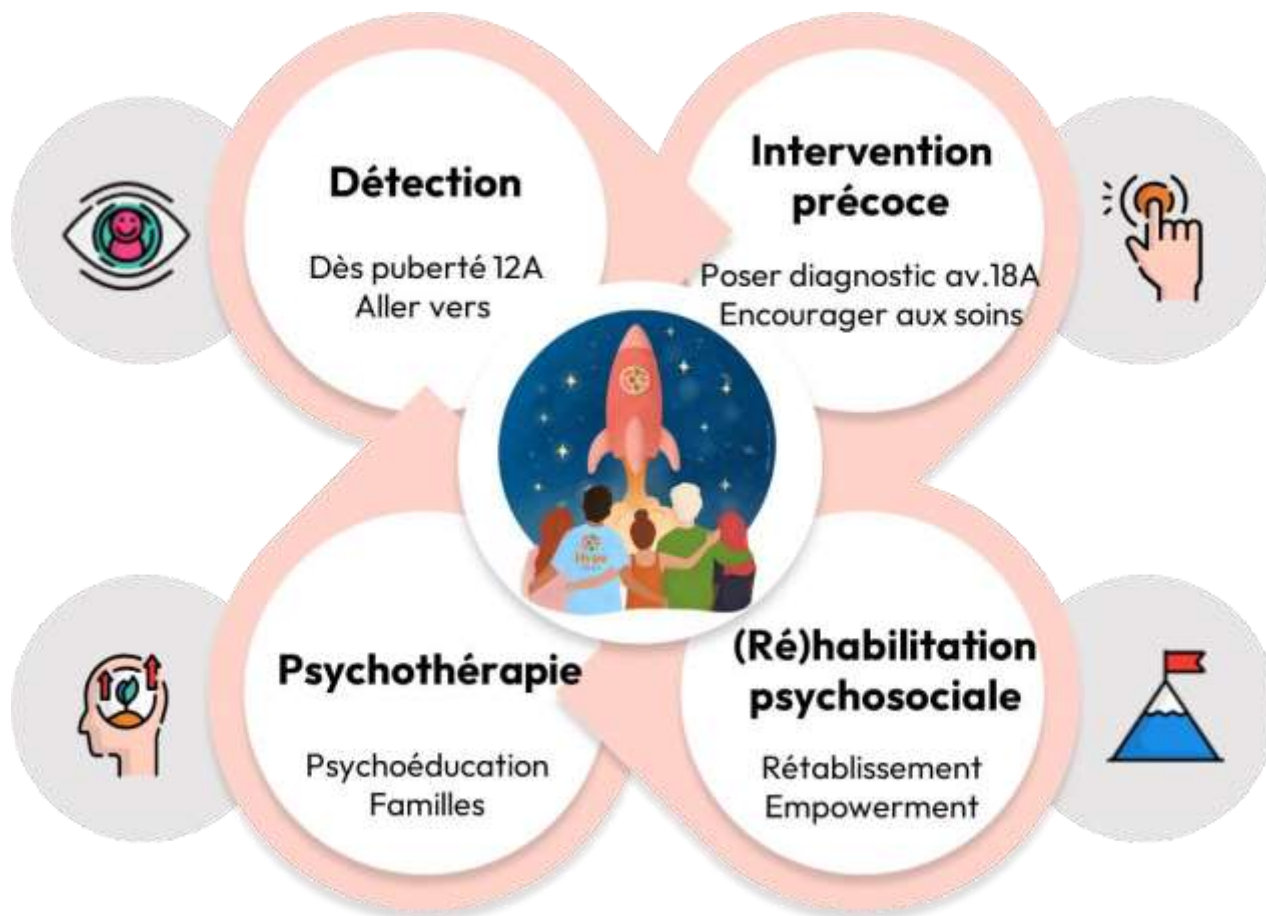
APPROCHE RELATIONNELLE

- De l'équipe
 - Du jeune
 - Des partenaires
- Approche pragmatique et collaborative pour améliorer les **relations à soi et aux autres**

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

- Cible des **résultats fonctionnels**
- (Ré)habilitation → rétablissement personnel

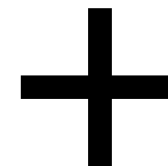




© 2025 [Estric/CHU Nîmes]. All rights reserved.

Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

Gestion des crises suicidaires



Epuisement des équipes
Réduction des hospitalisations

Coordination avec partenaires

Sensibilisation / formation

Les clés du rétablissement dans les troubles émotionnels borderline

Intervention précoce

- Détection, diagnostic et soins dès 12 ans



atelier
ton sur ton.

Gestion des crises

- Safety plan
- Prévention du risque suicidaire (3114, Vigilans)...

Parcours de soins dédiés

- Validation émotionnelle
- Psychothérapie intégrative
- Renforcement de l'estime de soi
- Centre ressource HYPE-France

(Ré)habilitation psychosociale

- Co-construction d'un projet de vie stable (études, emploi, logement, hygiène de vie, loisirs)
- Cohérence avec les valeurs de la personne
- Autodétermination

Accompagnement personnalisé

- Case management (coordination de parcours)
- Réseau d'intervenants du quotidien

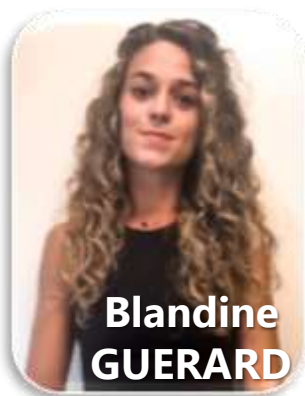
Soutien de l'entourage

- Sensibilisation et implication active des aidants
- Pair-aidance, UNAFAM...





Case managers



**Blandine
GUERARD**



**Laure
BERNARD**



**Hélène
ZORNIG**

JobCoach



**Dr Clémentine
ESTRIC**

Psychiatre



**Chloé
LADMIRAULT**

**Psychologue
clinicienne,
spécialisée en
TCCE**



**Pair &
proche
aidante**



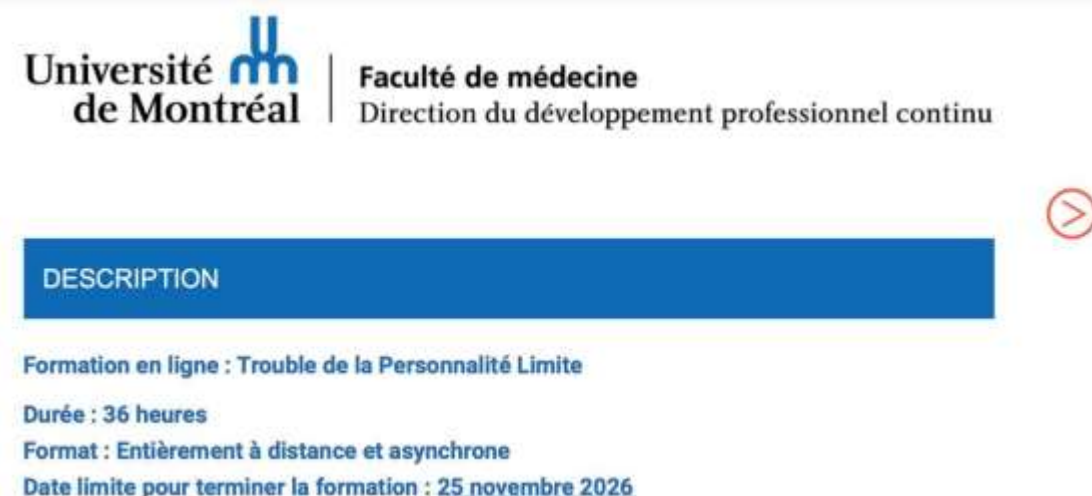
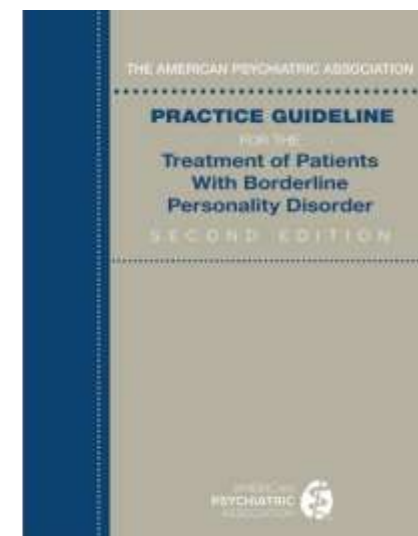
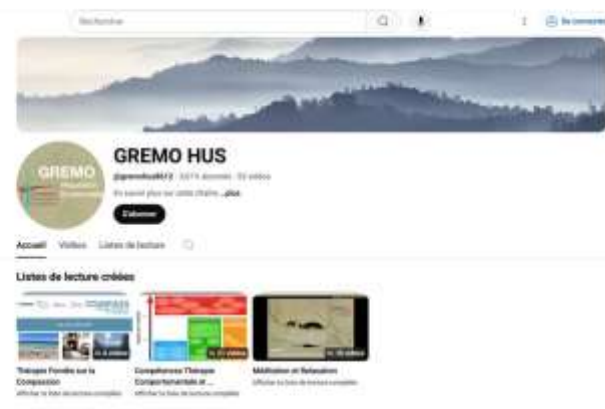
**Alice
ROUSSET**

**Psychologue
clinicienne
spécialisée en
neuropsychologie**

Conclusion



Ressources



Merci de votre attention



hypefrance@chu-nimes.fr



REVOLUTION
IN MIND
ory
gen



ars
Agence Régionale de Santé
Occitanie

FERREPSY
OCCITANIE

unafam



NEA
BPD

réhabilitation
psychosociale

JEAN MINVIELLE
Centre de rétablissement
et de réhabilitation

atelier
ton sur ton.

Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes