

Année 2021 – 2022

N°

**Thèse pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'état par**

**Francis CAMUS**

né le 26/04/1991 à Bourges (18)

**Interventions brèves basées sur le « Good Psychiatric Management » (Bonne Gestion Psychiatrique) et trouble de la personnalité borderline : une revue systématique**

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2022 devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine - Tours

Membres du jury : Professeur Thomas DESMIDT – Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine de Tours  
Docteur Hamid AKRAM, Psychiatrie adulte, CH - Bourges  
Docteur Pierre-Guillaume BARBE, Psychiatrie adulte, CHU - Tours

Directeur de thèse : Docteur François KAZOUR, Psychiatrie adulte, CHU - Tours

## **RESUME :**

**Introduction :** Le Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) représente 0,5 à 5,9 % de la population générale et sa prise en charge nécessite d'importants moyens humains et financiers, pouvant complexifier l'accès et l'efficacité des soins. On constate actuellement chez les patients souffrant de TPB, qu'il existe un écart important entre leur demande de soins grandissante et les possibilités d'accès aux traitements ayant prouvé leur efficacité. Cela pointe la nécessité de développer d'autres approches de soins pour s'adapter aux besoins de ces patients. Actuellement sont développées des interventions brèves, basées sur le modèle du « Good Psychiatric Management » (GPM), moins intensives, plus faciles à mettre en œuvre et moins coûteuses. Nous avons donc réalisé une revue systématique de la littérature des études évaluant l'efficacité de ces interventions brèves sur le modèle du GPM dans la prise en charge des patients adultes souffrant de TPB.

**Méthode :** Les recherches ont été effectuées, sans limite de temps, à partir des bases de données Pubmed, ScienceDirect, Cochrane et ClinicalTrials. Les mots clés utilisés ont été : Borderline personality disorder / Borderline et Good psychiatric management / Good psychiatric management / GPM. Les critères d'inclusion sélectionnaient les études évaluant l'efficacité de formes brèves de thérapies GPM sur la symptomatologie de patients adultes souffrant de TPB, publiées en anglais ou en français. La sélection des articles s'est faite à la lecture du titre puis du résumé des études, en respectant les critères PRISMA.

**Résultats :** Avec cette méthode, cinq articles ont pu être sélectionnés, évaluant des prises en charge de 6 à 10 séances, d'une durée maximum de quatre mois. Les interventions brèves évaluées se différenciaient sous plusieurs formes, adaptées aux situations cliniques : le traitement en phase aiguë, l'investigation clinique détaillée et la psychothérapie brève.

**Conclusions :** Ces études ont montré que l'ensemble de ces interventions brèves avait un impact positif sur la prise en charge des patients souffrant d'un TPB. Les bénéfices observés concernaient une amélioration de leur symptomatologie, de l'alliance thérapeutique, de la pratique des cliniciens face à ce trouble et une baisse des recours aux services de soins d'urgence. Ces résultats suggèrent que ces thérapies brèves pourraient être diffusées plus largement et à moindre coût, tant sur le plan financier qu'humain, facilitant ainsi la prise en charge des patients souffrant d'un TPB.

**Mots clés :** Trouble de la Personnalité Borderline, Good psychiatric management, GPM, thérapies brèves

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Borderline Personality Disorder (BPD) represents 0.5 to 5.9% of the general population and its management requires significant human and financial resources, which can complicate access and efficiency of care. We notice that for patients with BPD, currently there is a significant gap between their growing demand for care and the availability of treatments that have proven to be effective. This points to the need to develop other approaches to care to adapt to the needs of these patients. Currently, short interventions are being developed, based on the Good Psychiatric Management (GPM) model, which are less intensive, easier to implement and less costly. We therefore conducted a systematic review of the literature of studies assessing the effectiveness of these brief interventions on the GPM model in the management of adult patients with BPD.

**Method:** Searches were conducted, without time limit, from the Pubmed, ScienceDirect, Cochrane and ClinicalTrials databases. The keywords used were: Borderline personality disorder / Borderline and Good psychiatric management / Good psychiatric management / GPM. The inclusion criteria selected studies evaluating the effectiveness of brief forms of GPM therapies on the symptomatology of adult patients with BPD, published in English or French. The selection of the articles was made by reading the title and then the summary of the studies, respecting the PRISMA criteria.

**Results:** With this method, five articles were selected, evaluating treatments of 6 to 10 sessions, lasting a maximum of four months. The brief interventions were presented in several forms depending on the clinical situations: acute phase treatment, detailed clinical investigation and brief psychotherapy.

**Conclusions:** These studies have shown that all of these brief interventions have a positive impact on the management of patients with BPD. The benefits observed concerned an improvement in their symptomatology, the therapeutic alliance, the practice of clinicians facing this disorder and a decrease in the use of emergency care services. These results suggest that these brief therapies could be disseminated more widely and at a lower cost, both financially and humanly, thus facilitating the management of patients suffering from BPD.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Good psychiatric management, GPM, brief therapies

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – G. BODY – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
POTIER Alain.....Médecine Générale  
ROBERT Jean.....Médecine Générale

### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne  
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive  
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile || BISSON Arnaud ..... | Cardiologie (CHRO) |
BRUNAUULT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

*Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

*Pour l'Ecole d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

*Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition 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.

## **Remerciements :**

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, je vous remercie d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse. Je vous suis reconnaissant du temps que vous accordez à la lecture et à l'évaluation de ce travail.

À Monsieur le Professeur Thomas DESMIDT, je te suis reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te remercie pour tes enseignements et ta supervision clinique durant ce semestre de gérontopsychiatrie. Merci pour ton humour et la découverte de nouveaux mots d'anglais.

A Monsieur le Docteur François KAZOUR, je te remercie de m'avoir encadré et orienté dans l'élaboration de ce travail de thèse. Merci pour ton aide précieuse qui a permis d'enrichir ce travail. Merci pour ta disponibilité et tes corrections minutieuses.

A Monsieur le Docteur Hamid AKRAM, je suis honoré que tu aies accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour l'attention que tu as bien voulu porter à mon travail. L'exercice de la psychiatrie au quotidien avec toi était une joie, ton expertise et ta finesse clinique sont des exemples pour moi.

A Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de me faire l'honneur de ton évaluation sur ce travail. Merci pour ta bonne humeur et tes conseils cliniques qui m'ont fait progresser.

A mes parents, qui m'ont soutenu tout au long de mes études, malgré leur longueur. Merci pour tout ce que vous avez fait et faites toujours encore pour moi aujourd'hui. Je serai toujours là pour vous.

A mon frère, qui m'a toujours soutenu et aidé et pour qui je serai toujours présent.

A Alix, Il y a des rencontres qui surgissent dans notre vie sans prévenir. Merci de m'accompagner au quotidien. Ton aide dans ce travail m'a été précieuse. Merci d'être toi et d'être là.

A mes amis de toujours Quentin, Thomas, Guillaume, Kevin, Louis merci de votre amitié fidèle. Les moments que nous passons et passerons ensemble me sont précieux.

A Baro, rencontre tardive et pourtant amitié si importante. À nos voyages et nos soirées à tutoyer les anges. Merci d'être mon ami.

A Hardy, on arrive à la fin de ces études ensemble. Merci pour ton soutien et ton amitié sans faille.

A Bouzin pour son manteau qui m'a tenu chaud.

A Murith pour ces petits cafés ensemble,

A Félix pour cette année ensemble à Bourges.

A Justine et Clément, belles rencontres de l'internat et qui vont perdurer.

A mes co-internes, Chloé, Mathilde, Elli, Paul, Maximilien, Nicolas, Marie, pour tous les bons moments partagés durant ces années.

## **Liste des abréviations :**

**CIM** : Classification Internationale des Maladies Mentales

**DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**GPM** : Good Psychiatric Management

**IRMf** : Imagerie par résonance fonctionnelle

**PEG** : Groupe de Psychoéducation

**RTM** : Relation Thérapeutique Motivée

**STEPPS** : Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

**TE** : Traitement Emotionnel

**TCD** : Thérapie Comportementale Dialectique

**TDE** : Théorie De l'Esprit

**TPB** : Trouble de Personnalité Borderline

**Liste des tableaux et figures :**

**- Tableau 1 :** Principe de base du GPM d'après Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014) (50) :

**Page 28**

**Tableau 2 :** Résumé des articles étudiés :

**Page 48**

**-Tableau 3 :** Evaluations des attitudes et croyances des cliniciens d'après Keuroghlian et al. (2016) (65) :

**Page 51**

**-Figure 1 :** Modèle GPM de cohérence interpersonnelle d'après Kramer et al. 2021 (77) :

**Page 30**

**-Figure 2 :** Diagramme de flux, mécanisme de sélection des références :

**Page 38**

**-Figure 3 :** Evaluation comportementale du TE d'après Kramer et al. 2018 (78) :

**Page 44**

## **TABLE DES MATIERES :**

<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>Listes des abréviations.....</b>	<b>11</b>
<b>Liste des tableaux et figures.....</b>	<b>12</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>II. DEFINITIONS.....</b>	<b>17</b>
<b>A. Le trouble de la personnalité borderline.....</b>	<b>17</b>
<b>1. Historique.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Epidémiologie.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Diagnostic.....</b>	<b>20</b>
<b>a) Classification du DSM V.....</b>	<b>20</b>
<b>b) Classification selon la CIM 11.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Etiopathogénie.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Prise en charge.....</b>	<b>24</b>
<b>6. Comorbidités.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Pronostic.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Organisation des soins.....</b>	<b>26</b>
<b>B. Bonne gestion psychiatrique – « Good Psychiatric management » (GPM).....</b>	<b>27</b>
<b>1. Définitions.....</b>	<b>27</b>
<b>2. Théorie du GPM.....</b>	<b>29</b>
<b>3. Place du GPM.....</b>	<b>31</b>
<b>4. Thérapies brèves GPM.....</b>	<b>31</b>
<b>a) déroulement des séances.....</b>	<b>32</b>
<b>b) partage de diagnostic.....</b>	<b>34</b>
<b>c) psychoéducation.....</b>	<b>34</b>
<b>d) récit partagé et formulation de cas.....</b>	<b>34</b>
<b>e) l'hypersensibilité interpersonnelle.....</b>	<b>35</b>

<b>III. MATERIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>36</b>
<b>A. Étude de la littérature scientifique .....</b>	<b>36</b>
<b>1. Objectif de la recherche.....</b>	<b>36</b>
<b>2. Recherche des références bibliographiques.....</b>	<b>36</b>
<b>a) Bases de données.....</b>	<b>36</b>
<b>b) Termes utilisés.....</b>	<b>36</b>
<b>c) Algorithme utilisé sur les différents moteurs de recherche.....</b>	<b>36</b>
<b>d) Sélection des articles.....</b>	<b>37</b>
<b>e) Extraction des données.....</b>	<b>37</b>
<b>IV. RÉSULTATS.....</b>	<b>38</b>
<b>A. Flow chart de la revue.....</b>	<b>38</b>
<b>B. Description des articles sélectionnés.....</b>	<b>39</b>
<b>1. Efficacité des thérapies GPM.....</b>	<b>39</b>
<b>2 Efficacité de la formation GPM.....</b>	<b>49</b>
<b>V. DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
<b>A. Analyse des résultats.....</b>	<b>53</b>
<b>B. Limites.....</b>	<b>56</b>
<b>1. Limites des études incluses.....</b>	<b>56</b>
<b>2. Limites de la revue.....</b>	<b>57</b>
<b>C. Perspectives d'avenir.....</b>	<b>58</b>
<b>VI. CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65</b>

## **I. INTRODUCTION :**

Le Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) est un trouble psychiatrique fréquent touchant de 0,5 à 5,9% de la population générale (38,82).

La symptomatologie se caractérise par une instabilité émotionnelle, des fluctuations d'humeur extrêmes, des difficultés dans les relations interpersonnelles et une impulsivité marquée.

Tous ces éléments favorisent chez les patients qui en souffrent les passages à l'acte auto agressifs qui peuvent entraîner des répercussions importantes.

Selon certaines études, on considère que 10% de ces patients décèderont par suicide, soit un taux d'environ 50 fois plus important que celui de la population générale (85).

Tous ces comportements engendrent de même, chez ces patients une consommation augmentée en ressources de santé, en particulier des services d'urgences (96).

Un certain nombre de psychothérapies (comme la thérapie comportementale dialectique (TCD)) ont montré des améliorations dans la prise en charge de ces patients (88). Mais celles-ci nécessitent la mise en place de moyens financiers, humains et de formation des professionnels les rendant difficilement accessibles pour un grand nombre de structure de soin (65).

De plus, ces thérapies s'adressent majoritairement à une population capable de s'impliquer dans un suivi ambulatoire au long cours, ce qui est compliqué pour ces patients souffrant d'une instabilité et d'une impulsivité marquées (95).

Tous ces paramètres font qu'une grande partie des patients souffrant de TPB n'a pas accès à ces traitements spécialisés (91).

L'ensemble de ces éléments fait donc du TPB un trouble difficile à traiter ainsi qu'un réel enjeu de santé publique, tant sur le plan humain qu'économique. (49)

C'est pourquoi nous avons essayé de nous renseigner sur l'état actuel des connaissances dans la prise en charge de ce trouble psychiatrique de l'axe 2.

L'état actuel de la recherche démontre que, chez des patients atteints de TPB, des psychothérapies structurées et généralistes telles que la Bonne Gestion Psychiatrique ou Good Psychiatric Management (GPM) peuvent être aussi significativement efficaces que des traitements psychothérapeutiques spécialisés (comme la TCD). (47,95)

Le GPM développé par Gunderson à Harvard correspond à un ensemble de règles de bonnes pratiques issues des différentes thérapies validées. (43)

Cette psychothérapie a démontré son efficacité sur le TPB dans un essai contrôlé randomisé de 2009 dans lequel elle était comparée à la TCD, ayant elle-même déjà fait ses preuves dans la prise en charge de ce trouble. Dans cet essai, le GPM se montrait efficace chez les patients souffrant de TPB après un an de psychothérapie et son effet se maintenait après réévaluation à deux ans d'initiation du suivi. (95)

Ces dernières années, devant la preuve de l'efficacité du GPM et face aux limites évoquées plus haut, des équipes cliniques et de recherche ont développé des versions brèves de GPM dans le but de rendre accessible cette thérapie à un maximum de patients et en l'adaptant aux différents milieux de soins (services d'urgence, d'hospitalisation ou ambulatoires). (76,77)

Nous avons donc décidé dans ce travail de thèse de réaliser une revue systématisée des différentes adaptations brèves du GPM utilisées dans la prise en charge du TPB.

Dans un premier temps, nous vous précisons le concept de TPB, ensuite nous définirons et décrirons la méthode employée par le GPM. Puis nous vous présenterons les différents articles étudiés avec les thérapies associées ce qui nous permettra de vous en faire l'analyse.

## **II. Définitions :**

### **A. Le trouble de la personnalité borderline :**

#### **1. Historique :**

Le terme de borderline est employé dès la fin du XIXe siècle, mais sa définition va significativement changer au cours des décennies, jusqu'à sa définition actuelle qui date des années 1980. De la fin du XIXe siècle aux années 1970, le concept de trouble borderline se développe dans la littérature psychanalytique, qui y voit des cas frontières avec la psychose (7,110).

Le psychanalyste américain Stern (1938) est à l'origine du concept d'état limite. Selon lui, les patients « borderline » se caractérisent par une idéalisation et une dévalorisation des proches et de l'analyste, ainsi que par des difficultés à faire face aux situations stressantes. Ils utilisent comme mécanismes de défense des mécanismes projectifs ainsi que le clivage (15,37).

Plusieurs psychanalystes vont également développer le concept de l'état limite. Ainsi V.W.Eisentein dans les années 1950 développera l'idée que des symptômes psychotiques peuvent survenir en dehors d'une psychose (98). Deutsch a défini en 1942 la personnalité « as if », qui a donné naissance à la notion de « faux self » due à Winnicott. Schmeiderberg en 1947 a caractérisé les patients « borderline » comme étant « instables de façon stable ». Un autre auteur psychanalytique, Robert P. Knight, proposera en 1953 des critères plus objectifs pour définir les borderline states (« états limites ») (36,39).

Par la suite, deux auteurs psychanalytiques ont une importance toute particulière dans le développement du concept d'état limite (8).

En effet, Kernberg (1967) a considéré que l'état limite est une organisation stable et spécifique de la personnalité de type névrotique, mais qu'elle s'en distingue par une expression pulsionnelle archaïque, des mécanismes de défense organisés autour du clivage, de l'idéalisation primitive, de l'identification projective, de l'omnipotence, de la dévalorisation et du déni. Il en découle des relations d'objet pathologiques spécifiques (63,106).

Au contraire, pour le psychanalyste français Jean Bergeret (1975), cette pathologie correspond à une absence de structuration psychique. Il considère que l'état limite est une entité pathologique « indépendante à la fois des névroses et des psychoses » et une « lignée psychopathologique originale », une maladie du narcissisme. Il ne s'agit donc pas d'une

structure fixée, mais d'un fonctionnement qui emprunte tantôt au fonctionnement névrotique, tantôt au fonctionnement psychotique, tantôt au fonctionnement caractériel ou pervers. (7)  
Le développement du concept de trouble borderline chez les psychanalystes reste très discuté durant ces années. (8,39)

Par la suite, des études plus cliniques et empiriques vont démarrer à la fin des années 1960 pour aboutir aux critères diagnostiques proposés en 1980 par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, troisième édition, de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-III). (36,135)

Ces études visent à mieux caractériser la symptomatologie du trouble borderline, sa définition par critères et son évolution en particulier favorable et ses liens avec les troubles de l'humeur en particulier les troubles bipolaire (92). Sa description et ses critères diagnostiques n'ont quasiment pas évolué depuis, à l'exception de l'ajout, dès le DSM-IV, d'éventuels symptômes paranoïdes ou dissociatifs (92,136).

Une des premières études empiriques est due à Grinker, Werble et Drye en 1968, qui ont identifié cinquante et une variables comportementales qui se répartissent en quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation anaclitique (dépendant), le trouble de l'identité, une forme de dépression. Ils en ont ainsi distingué quatre sous-types d'état limite : l'état limite psychotique, le noyau de l'état limite, la personnalité « as if » et l'état limite névrotique (52,67).

Toutefois, ce sont les travaux de John Gunderson, professeur de psychiatrie à Harvard, dans les années 1980 qui ont dominé ces quarante dernières années. Ses études ont favorisé la transformation de l'état limite en un trouble validé empiriquement et accepté internationalement au-delà des approches psychanalytiques (48). Son étude a conduit à identifier six caractéristiques qui permettent de diagnostiquer de façon opérationnelle le trouble borderline au cours d'un entretien initial : la présence d'émotions intenses, en général dépressives ou hostiles ; des antécédents de comportements impulsifs ; une relative inadaptation sociale ; des expériences psychotiques brèves ; un relâchement de la pensée dans des situations non structurées ; des relations oscillant entre une superficialité transitoire et une dépendance intense (42,49). Il a ensuite mis au point un entretien diagnostique pour le TPB.

En 2000, C.A. Sanislow, C.M. Grilo et T.H. McGlashan ont identifié trois facteurs principaux dans le TPB : perturbation des relations (relations instables, perturbation de l'identité, sentiment de vide chronique), dérégulation comportementale (impulsivité, comportement suicidaire ou automutilation), dérégulation affective (instabilité émotionnelle, colère inappropriée, effort pour éviter l'abandon) (25,92).

De même, M. Zanarini et ses collaborateurs, ont montré que certains critères étaient instables, comme les comportements suicidaires ou les automutilations, tandis que d'autres restaient constants comme l'instabilité affective, les colères, la peur de l'abandon. Par ailleurs, ils ont permis d'identifier des variables liées à une évolution favorable : un âge jeune, l'absence d'abus sexuel dans l'enfance, l'absence d'antécédents familiaux de toxicomanie, le fait d'avoir un bon niveau d'études, l'absence d'un autre trouble de la personnalité du groupe anxieux (personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive), un faible degré de névrotisme (la tendance à éprouver des émotions négatives et pénibles) et un haut degré d'agréabilité (le fait d'être chaleureux, confiant, altruiste) (105,125).

Par ailleurs, au cours de ces années, des méthodes thérapeutiques spécifiques ont été élaborées, du moins dans le domaine de la psychothérapie, qui reste l'approche thérapeutique la plus efficace aujourd'hui dans ce trouble (101).

## **2. Epidémiologie :**

Le TPB est fréquent en population générale avec une prévalence comprise entre 0,5 et 5,9 %, sans différence particulière selon le genre (38,82). Le TPB est particulièrement fréquent parmi les personnes qui ont recours à des soins médicaux, par exemple des problèmes d'alcool, des plaintes somatiques multiples, ou des douleurs chroniques (26). Plusieurs études ont montré des niveaux élevés de problème de santé chez les personnes souffrant de trouble de personnalité borderline (49). La prévalence du trouble de personnalité borderline est plus élevée dans tous les milieux cliniques en santé mentale. Soit environ 12% des patients ambulatoires et entre 15 et 25% des patients hospitalisés sont atteints d'un TPB (90). La répartition en fonction du sexe dans ces populations est d'environ 70% de femmes pour 30% d'hommes dans les unités hospitalières (21,59). Ce trouble de personnalité

représente un tiers de tous les diagnostics de trouble de personnalité, il est donc le plus fréquent (28,70).

### **3. Diagnostic :**

#### **a) Classification du DSM 5 : (137)**

Le TPB fait son apparition dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980 suite aux travaux de Gunderson, Singer et Zanarini (45). Les critères sont d'abord au nombre de six lors de l'introduction dans le DSM III (1980) puis ils passent à neuf dans le DSM-IV (2000) et le DSM-5 (2013). (135,136,137)

La classification du DSM-5 (137) contrairement aux versions précédentes utilise à la fois un modèle catégoriel et dimensionnel pour déterminer le trouble de personnalité borderline. Le modèle catégoriel reste inchangé par rapport au DSM-IV et pose le diagnostic de trouble de personnalité borderline lorsque le sujet présente cinq des neuf critères suivants depuis une durée d'au moins une année :

- Des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
- Des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- Une perturbation de l'identité ; une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi.
- Une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, conduite automobile dangereuse).
- La répétition de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.
- Une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur.
- Un sentiment chronique de vide.
- Une colère intense et inappropriée ou une difficulté à contrôler sa colère.
- La survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Le modèle dimensionnel détermine le trouble de personnalité borderline selon les critères suivants :

- Une altération modérée à sévère du fonctionnement de la personnalité caractérisée par des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants : l'identité, l'autonomie, l'empathie et l'intimité.
- La présence d'au moins quatre traits de personnalité pathologiques parmi sept dont au moins l'impulsivité, la prise de risques ou l'hostilité. Les sept critères étant : la labilité émotionnelle, l'anxiété, l'insécurité liée à la séparation, la dépressivité de l'humeur, l'impulsivité, la prise de risques et l'hostilité.

#### **b) Classification selon la CIM 11 : (134)**

En 2022, est sortie la onzième édition de la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 11) (134) :

La CIM 11 identifie spécifiquement un pattern borderline applicable aux individus dont le modèle de perturbation de la personnalité est caractérisé par un modèle envahissant d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, et une impulsivité marquée, comme indiqué par cinq (ou plus) des éléments suivants :

- Efforts frénétiques pour éviter un abandon réel ou imaginaire.
- Un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses, qui peut être caractérisé par des hésitations entre idéalisation et dévaluation, généralement associé à la fois à un fort désir et à une peur de la proximité et de l'intimité.
- Perturbation de l'identité, se manifestant par une image de soi ou un sens de soi nettement et constamment instable.
- Une tendance à agir de manière imprudente dans des états d'affect négatif élevé, conduisant à des comportements potentiellement autodestructeurs (par exemple, comportement sexuel à risque, conduite imprudente, consommation excessive d'alcool ou de substances, hyperphagie boulimique).
- Épisodes récurrents d'automutilation (par exemple, tentatives ou gestes de suicide, automutilation).

- Instabilité émotionnelle due à une réactivité marquée de l'humeur. Les fluctuations de l'humeur peuvent être déclenchées soit de manière interne (par exemple, par nos propres pensées), soit par des événements externes. En conséquence, l'individu éprouve des états d'humeur dysphoriques intenses, qui durent généralement quelques heures mais peuvent durer jusqu'à plusieurs jours.
- Sentiments chroniques de vide.
- Colère intense inappropriée ou difficulté à contrôler la colère se manifestant par de fréquentes manifestations de colère (par exemple, crier, lancer ou casser des objets, se battre physiquement).
- Symptômes dissociatifs transitoires ou caractéristiques de type psychotique (par exemple, brèves hallucinations, paranoïa) dans des situations de forte excitation affective.

D'autres manifestations du modèle Borderline, qui ne peuvent pas toutes être présentes chez un individu donné à un moment donné, comprennent les suivantes :

- Une vision de soi comme inadéquate, mauvaise, coupable, dégoûtante et méprisable.
- Une expérience de soi profondément différente et isolée des autres ; un sentiment douloureux d'aliénation et de solitude omniprésente.
- Prédilection à l'hypersensibilité au rejet ; problèmes pour établir et maintenir des niveaux de confiance cohérents et appropriés dans les relations interpersonnelles ; mauvaise interprétation fréquente des signaux sociaux.

La CIM 11 (134) a adopté aussi cette approche dimensionnelle des troubles de personnalité qu'elle caractérise par la présence de perturbations dans différents aspects du soi et des relations interpersonnelles. Elle rapporte que le trouble de la personnalité se caractérise par des problèmes de fonctionnement des aspects du soi (identité, estime de soi, exactitude de l'image de soi, auto-direction), et/ou un dysfonctionnement interpersonnel (capacité à nouer et à entretenir des relations étroites et mutuellement satisfaisantes, capacité à comprendre le point de vue des autres et à gérer les conflits dans les relations) qui ont persisté sur une longue période (p. ex. 2 ans ou plus). Ce trouble est manifeste dans des schémas de cognition, d'expérience émotionnelle, d'expression émotionnelle et de comportement qui sont inadaptés (p. ex. inflexibles ou mal régulés) ainsi que dans tout un éventail de situations personnelles et sociales (c.-à-d. pas limité à des relations ou rôles sociaux spécifiques). Les schémas de comportement caractérisant le trouble ne sont pas appropriés pour le stade de développement

et ne peuvent pas s'expliquer principalement par des facteurs sociaux ou culturels, y compris un conflit socio-politique. Ce trouble est associé à une détresse importante ou à une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

#### **4. Etiopathogénie :**

Linehan (1993) (87), a décrit la théorie bio-psycho-sociale qui implique que les troubles présentés par les patients avec TPB ont pour origine un déficit dans la régulation de leurs émotions. Ce dernier parle de vulnérabilité émotionnelle et d'environnement invalidant. Aujourd'hui, l'étiopathogénie du TPB est le résultat de l'interaction entre une vulnérabilité biologique et un environnement défavorable (102,105).

Les études génétiques ont mis en évidence une forte héritabilité de certains traits pathologiques tels que l'impulsivité, la labilité affective et l'instabilité du fonctionnement cognitif (129). Ces facteurs interagiraient avec des facteurs environnementaux négatifs, comme les séparations précoces et prolongées, un environnement instable caractérisé par la négligence, l'abus physique et surtout sexuel (128). Selon des modèles récents, l'enfant développe des fonctions d'autorégulation psychobiologiques à partir du système interactif mère-enfant à l'intérieur duquel les différents signaux de l'enfant sont décodés par le donneur de soins puis restitués métabolisés à celui-ci qui les intègre progressivement dans des schémas cognitifs et émotionnels complexes (122).

Des études ont montré que la capacité du donneur de soins à lire les situations interpersonnelles en termes d'états mentaux sous tendant des comportements est l'un des principaux facteurs favorisant le développement d'un attachement sécurisé, lui-même caractérisé par la capacité à construire des prévisions adaptées des intentions des autres à partir de leurs comportements (3,107).

Les sujets avec TPB présenteraient un développement limité des capacités de mentalisation en raison de l'indisponibilité des donneurs de soins à être syntones sur les besoins de l'enfant durant le développement (34). C'est le développement de cet attachement insécurisé, ainsi que l'absence d'un milieu favorisant une bonne mentalisation qui augmenteraient secondairement le risque de développer un TPB à l'adolescence (27,125).

Sur le plan de la neuro-imagerie, des études ont révélé des anomalies cérébrales à la fois structurelles et fonctionnelles, en particulier au niveau des structures limbiques, qui pourraient avoir un rôle dans la dysrégulation émotionnelle (122).

## **5. Prise en charge :**

Le traitement des patients atteints de TPB a commencé avec Kernberg durant les années 1960 (63). Il a introduit un modèle de relations d'objet pour comprendre ces patients et un modèle de psychothérapie basée sur le transfert pour les traiter (88). Beaucoup a été appris sur ce qu'il ne faut pas faire de ces expériences. Les cliniciens ont appris que les thérapies non structurées, les thérapeutes insensibles et les limites non spécifiées provoquaient une escalade des passages à l'acte, des transferts psychotiques et, généralement, l'attrition du traitement (16,45). En conséquence, une deuxième phase thérapeutique a débuté dans les années 1990 lorsque Marsha Linehan a introduit un traitement validé empiriquement, la thérapie comportementale dialectique. (88) Cette psychothérapie a remis en question le consensus croissant selon lequel les patients borderline ne pouvaient pas être traités. Ce traitement utilisait un modèle comportemental et ajoutait une composante de thérapie de groupe à la thérapie individuelle, les deux faisant appel au renforcement des compétences (88). Le traitement basé sur la mentalisation, qui se concentrait sur la stabilisation des capacités réflexives et l'attachement insécurisant, a également établi son efficacité pour le trouble de personnalité borderline (126). Enfin, la psychothérapie focalisée sur le transfert a retrouvé sa respectabilité en démontrant son efficacité à l'aide d'une psychothérapie bihebdomadaire plus structurée, ciblée et réactive (64).

Une deuxième génération de recherche a comparé ces thérapies index à des alternatives généralistes moins intensives et plus favorables. Le résultat surprenant a été que ces alternatives moins coûteuses ont fait presque aussi bien. Cette conclusion a incité à reconsidérer si un modèle généraliste de traitement du trouble borderline pourrait répondre aux besoins de santé publique importants de ces patients (43,48).

## **6. Comorbidités :**

Environ 80 % des patients avec un TPB présentent les critères diagnostiques pour un ou plusieurs troubles comorbides actuels (38,114). Les troubles comorbides les plus fréquents sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de stress post traumatique, les troubles liés à la consommation de substance et les autres troubles de personnalité (90). Cette comorbidité complexe associant simultanément des troubles internalisés (dépression, anxiété) et des troubles externalisés (impulsivité) serait caractéristique du TPB (122).

Les études retrouvent un trouble de l'humeur associé chez 40 à 85 % des patients, un trouble de stress post-traumatique dans 45 à 55 % des cas et des troubles anxieux dans 30 à 50 % des cas (38,90). Un trouble bipolaire (10 à 20 %), des abus de substances toxiques (65 %) et des troubles des conduites alimentaires (30 à 50 %) sont aussi retrouvés (30). Les troubles des conduites alimentaires et les troubles somatoformes seraient plus fréquents chez les femmes avec TPB, alors que les troubles liés à la consommation de substance seraient plus fréquents chez les hommes (103,126,130). Il est essentiel de repérer ces comorbidités pour fixer les priorités du traitement. Les études montrent que la prise en charge du TPB devrait être prioritaire chez les patients présentant une comorbidité anxieuse, dépressive, avec un état de stress post traumatique ayant débuté à l'âge adulte ou avec boulimie (51,83).

A l'inverse, pour Gunderson et al (2008) (46), les comorbidités avec un trouble bipolaire type I, un état de stress post traumatique complexe de l'enfance, les toxicomanies sévères ou l'anorexie devraient être priorisées par rapport à la prise en charge du TPB qui nécessite une rémission au moins partielle de ces troubles (45,46).

## **7. Pronostic :**

Autrefois considéré comme chronique, le TPB semble être moins stable dans le temps qu'attendu (69,97). Des taux élevés de remissions ont été observés autant dans les études de suivi à court terme qu'à long terme. L'étude CLPS (Collaborative Longitudinal Personality disorders Study) (115), a mis en évidence plusieurs facteurs de prédiction de rémission à 10 ans, parmi lesquels le jeune âge, l'absence d'abus sexuels dans l'enfance, l'absence d'antécédents familiaux d'abus de substances, un bon parcours de formation, l'absence de trouble de personnalité anxieuse et moins de traits de personnalité de type névrotisme.

Les symptômes affectifs (colère, anxiété, dépression) et les symptômes interpersonnels (abandon ou dépendance) semblent plus stables dans le temps, alors que les symptômes impulsifs (tentatives de suicide et gestes auto-dommageables) ou les expériences psychotiques le sont moins (12,115). Malgré la réduction des symptômes, les études d'évolution montrent que les patients avec TPB continuent à présenter des difficultés significatives sur le plan social et professionnel (53,108).

## **8. Organisation des soins :**

Au-delà des stratégies de soins spécifiques, il apparaît indispensable de réfléchir à une organisation du système de soins qui tienne compte des modes de fonctionnement des patients avec TPB (124). Les urgences hospitalières sont souvent le lieu privilégié de rencontre avec ces patients. Cependant, il existe souvent une discontinuité entre le rôle d'accueil de crise et l'orientation vers les soins ambulatoires (99,127).

Des modèles d'organisation en réseau dans le cadre d'une approche de soins par palier ont été récemment proposés pour renforcer la liaison entre les services d'urgences et les soins ambulatoires (53). Le modèle de soins par paliers est une approche progressive qui vise à faire correspondre l'intensité des interventions aux besoins du patient et à favoriser l'accès à d'autres options de traitement par un parcours bien identifié (3).

Dans la perspective de ce type de modèle, l'équipe de Grenyer en Australie a développé une intervention psychothérapeutique manualisée pour les TPB de courte durée (entre 1 et 4 séances sur une semaine) à réaliser au niveau du service des urgences. (41)

L'intervention repose sur un modèle de soin relationnel incluant un plan de crise, des interventions sur les compétences et l'implication de l'entourage du patient. Les résultats de cette étude randomisée avec plus de 600 patients inclus ont montré une adhésion importante à l'intervention proposée (84 % des patients ont assisté à au moins une séance) avec une réduction significative de la détresse ainsi que des idées suicidaires et d'automutilation. Seulement 30 % des patients ont eu besoin d'être orientés vers des soins spécialisés après l'intervention aux urgences. Ils ont aussi montré que le fait de disposer de cette intervention brève dans le cadre d'un modèle de soins par paliers permettait une réduction significative de la durée de séjour en hospitalisation et du nombre de passage aux urgences avec une

économie financière par patient et par an (43). L'efficacité du réseau passe aussi par un important travail de communication et de formation de tous les acteurs impliqués (65).

## **B. Bonne Gestion Psychiatrique – « Good Psychiatric Management » (GPM) :**

### **1. Définitions :**

Le TPB est passé d'un trouble incurable à un trouble avec de multiples psychothérapies fondées sur des preuves. Lorsqu'une deuxième génération de recherches a montré que des thérapies moins intensives et plus faciles à apprendre pouvaient être presque aussi efficaces, elle a proposé une approche qui répondrait aux besoins persistants non satisfaits de ces patients (42).

Le GPM est un modèle généraliste une fois par semaine qui médicalise le trouble, met l'accent sur la psychoéducation et se concentre sur l'adaptation sociale (48). Le GPM est une intervention généraliste qui s'adresse à des patients présentant des symptômes borderline de sévérité modérée. Il intègre une composante de psychoéducation du TPB et fixe les étapes vers la réduction des symptômes, tout en mettant l'accent sur les réactions du patient aux facteurs de stress interpersonnels dans la vie quotidienne (81). Le GPM intègre un certain nombre de techniques de soins développées dans des modèles psychothérapeutiques plus spécialisés et peut être complété par d'autres approches thérapeutiques comme la thérapie familiale ou la thérapie de groupe (43). La GPM combine la gestion de cas avec la psychothérapie de soutien en utilisant à la fois des stratégies psychodynamiques et cognitivo-comportementales. La gestion de cas se concentre sur la résolution de problèmes des difficultés de la vie, tandis que la psychothérapie se concentre sur une meilleure compréhension de soi et une meilleure adaptation au stress (tableau 1). Les stratégies dérivées de la psychanalyse comprennent l'interprétation de l'agressivité, la surveillance du contre-transfert et les limitations de disponibilité. Les stratégies dérivées des thérapies cognitivo-comportementales comprennent les devoirs, la résolution de problèmes et les imprévus. Les cliniciens doivent être flexibles, pragmatiques et éclectiques (48,49).

**Tableau 1 : Principe de base du GPM d'après Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014) (50)**

*GPM's Basic Principles (Gunderson & Links, 2014)*

Principe	Description
1—Be active not reactive	A discussion on the BPD diagnosis generally helps the patient commit to treatment. GPM recommends that the diagnosis is openly shared and discussed with the patient. Its complex etiology (including genetic and environmental aspects), clinical course, and treatability are explained. Tailored psychoeducation is necessary for patients, as well as for their loved ones and relatives.
2—Provide support	The patient may find it difficult to explore and face their core problems but doing so is important and the patient is actively supported by the clinician in the session.
3—Focus on life outside treatment	Life challenges are assessed in therapy. These difficulties are experienced by the patient as obstacles to having a meaningful life outside treatment, from which the patient can develop an identity and be connected to others. Therefore, it is recommended to focus on life outside of treatment.
4—Therapeutic relationship is real and professional	The GPM clinician pays special attention to relational issues in the patient's life. Relational issues between patient and therapist are not GPM's primary focus and are only rarely addressed directly. Instead, the general links between relational events, internal feelings, and behaviors are understood using the interpersonal hypersensitivity model (Figure 1; Kolly et al., 2016). The therapist provides both a professional relationship and a personal one marked by authenticity when needed.
5—Change is expected	Change is expected in GPM. Symptomatic amelioration is expected when in treatment. A short-term treatment should already have some effects on certain aspects of BPD symptomatology, because we assume that change starts with session one.
6—Promote responsibility	Psychoeducation and the clinician's attitude during the sessions promote responsibility. The patient should know that their active participation has an effect on their real-life difficulties and therapeutic outcomes.

*Note.* BPD = borderline personality disorder; GPM = good psychiatric management.

Le GPM repose sur des mécanismes de changement communs à toutes les modalités psychothérapeutiques qui incluent renforcement de la motivation des patients à changer, attente que la thérapie puisse être utile, bonne alliance thérapeutique, prise de conscience accrue de leurs problèmes, des expériences correctives et des tests de réalité continus améliorés (42). Il est également très adaptable à différentes situations et paramètres cliniques (2). Des thérapeutes spécialisés dans des domaines autres que le trouble de personnalité (addictions, troubles alimentaires, etc.) peuvent appliquer les principes de GPM (91). Le GPM peut également être dispensé par des agents de santé qui ne travaillent pas en psychiatrie mais rencontrent des patients atteints de TPB dans leur pratique (par exemple, soignants des urgences, médecins généralistes, etc.) (50). Le GPM s'appuie sur des principes fondamentaux guidant les bonnes pratiques cliniques, adaptés aux spécificités du TPB. Le GPM encourage les cliniciens à utiliser une position thérapeutique dynamique, active, « penser d'abord » pour souligner le rôle du patient en tant que collaborateur dans le traitement. Le GPM invite les patients à gérer leurs relations et à résoudre les problèmes de manière efficace, plutôt que de compter sur les cliniciens pour prendre unilatéralement des mesures telles que l'hospitalisation

ou des médicaments pour soulager la détresse. L'utilisation des principes GPM présente de nombreux avantages. Les exigences de formation pour le GPM nécessitent moins d'heures et des niveaux de spécialisation inférieurs à ceux des thérapies spécialisées, de sorte qu'une diffusion plus large est possible (42,46,50).

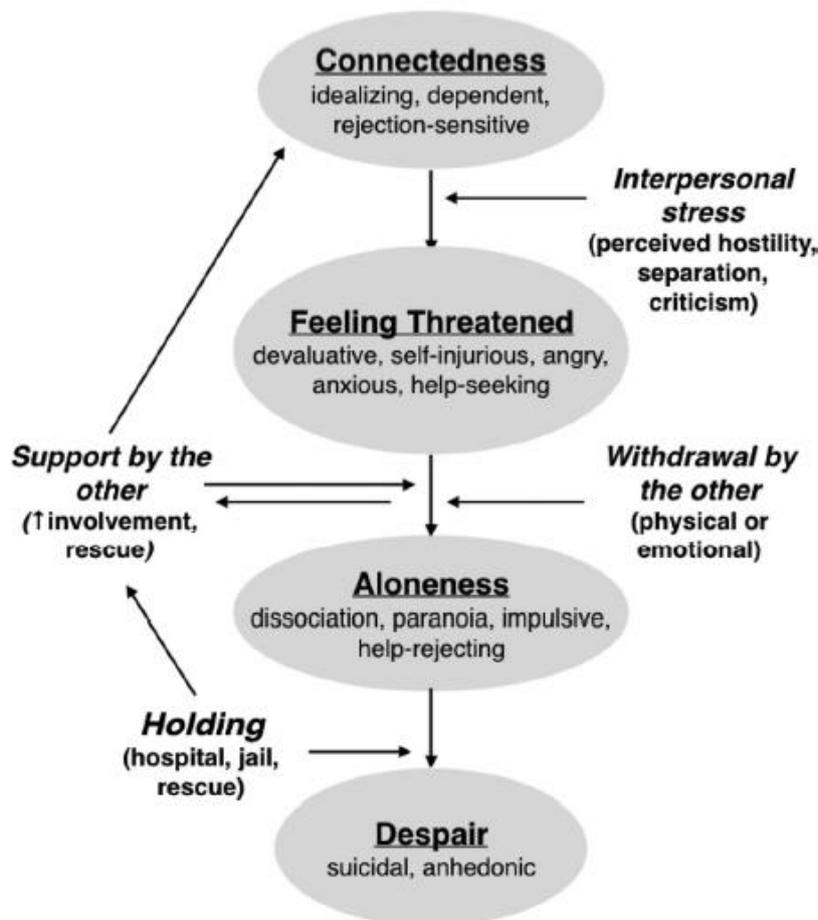
## **2. La théorie de GPM :**

La formulation par le GPM du TPB comme un trouble d'hypersensibilité interpersonnelle explique l'évolution rapide des présentations symptomatiques des patients atteints de TPB (61). Quatre types d'états relationnels sont conceptualisés : la connexion, le sentiment de menace, la solitude et le désespoir (Figure 1). Lorsque le patient est connecté, il est dépendant et réceptif à la collaboration, mais recherche anxieusement les signaux de rejet imminent. Invariablement, l'abandon réel ou perçu déclenche un état de menace, dominé par une colère tournée vers soi dans l'automutilation ou vers les autres dans la dévalorisation (42). Bien que contre-intuitif, les cliniciens peuvent se pencher pour aider le patient à déterminer ce qui cause sa réaction de colère, dans l'espoir que davantage d'actions prosociales puissent être prises. Cependant, souvent cet état activé provoque naturellement le retrait lorsque les autres reculent sous le choc, la confusion, la peur ou la frustration (47). Intolérant à la solitude, le patient atteint de TPB deviendra plus impulsif, paranoïaque et dissocié, évoluant finalement dans un état de désespoir lorsqu'il sera isolé, se sentant sans valeur sans l'attention d'un autre engagé. C'est dans cet état que les patients ayant une personnalité borderline envisageront plus sérieusement le suicide (10). Au fur et à mesure que le patient descend dans des états de solitude et de désespoir, les autres personnes autour d'eux ont généralement recours à une action unilatérale pour fournir un confinement, comme l'hospitalisation ou d'autres interventions. Le sous-produit de cette transaction est qu'elle recatalyse le soutien et reconstitue le patient à un état connecté (43). L'utilisation de ce modèle peut favoriser la mentalisation des états problématiques dans les relations, et par conséquent, il contribue à une prise de conscience accrue qui peut permettre au patient d'interrompre la progression d'états symptomatiques plus graves. Le but de l'utilisation de ce modèle GPM est de trouver des alternatives aux tentatives de suicide et à l'hospitalisation afin que les patients puissent trouver le soutien social dont ils ont besoin pour se stabiliser (76). Fondamentalement, ce modèle suppose une centralité des événements interpersonnels comme déclencheurs de crises de comportement. Il informe sur les moyens possibles de faire passer le patient d'un état à l'autre,

avec des réponses pertinentes du thérapeute qui peuvent aider le patient à revenir à un état connecté. Le thérapeute peut utiliser ce modèle comme formulation de cas et le partager avec le patient. La leçon de base du GPM oriente les patients vers des personnes plus prosociales plutôt qu'un comportement destructeur, et une autonomie accrue parce que les actions des autres peuvent être plus difficiles à contrôler, surtout quand on est sensible aux réactions des autres (42,47,76).

**Figure 1 : Modèle GPM de cohérence interpersonnelle d'après Kramer et al. 2021 (77)**

*GPM's Model of Interpersonal Coherence Describes How Individuals With BPD Oscillate Among Four Key States, and How Others (e.g., Loved Ones, Clinicians) May be Able to Intervene*



*Note.* GPM = good psychiatric management; BPD = borderline personality disorder. Reprinted with permission from Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder (Copyright ©2014). American Psychiatric Association. All rights reserved.

### **3. Preuve du GPM :**

De nombreux cliniciens expriment, une aversion, une empathie diminuée et une réticence à traiter les patients atteints de TPB, ce qui peut réduire l'efficacité des soins (20,65). En comparaison, le modèle de formation pour le GPM est relativement simple. Une seule journée de formation didactique est généralement utile pour les cliniciens ayant une formation préalable en santé mentale (91). Au cours des 5 dernières années, une telle formation GPM a été dispensée à plus de 4000 cliniciens (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et infirmiers psychiatriques). Une étude portant sur près de 300 cliniciens (65) a montré que la formation GPM standard d'une journée réduisait l'aversion et la motivation des cliniciens à éviter les personnes atteintes de TPB, améliorait leur confiance dans leur capacité à traiter le trouble et corrigeait les idées fausses négatives sur le TPB. Ces changements d'attitude persistent généralement pendant au moins 6 mois après une journée de formation GPM (91).

Le GPM est l'un des deux traitements généralistes du TPB avec des preuves d'efficacité (4). La seconde est la gestion clinique structurée. À ce jour, le GPM a été comparé à la TCD dans un grand essai contrôlé randomisé multisite (94). Après un an de traitement et à deux ans de suivi post-traitement, le GPM a été aussi performant que la TCD sur une variété de mesures de résultats. Il y a des raisons de croire qu'une approche de type GPM pourrait bien se coupler avec un groupe de formation aux compétences en thérapie dialectique comportementale pour devenir un modèle efficace. On peut objecter que le GPM n'a eu qu'un seul test empirique. Malgré ce soutien empirique certes limité pour le GPM, la conclusion sur son efficacité est fortement étayée par les conclusions correspondantes d'essais où, comme indiqué, d'autres modèles généralistes se sont bien comportés par rapport à d'autres thérapies spécialisées (5,24). Le support empirique existant gagne en crédibilité grâce au bon sens de l'approche GPM et à l'absence de toute alternative viable. On peut également objecter que l'essai qui a démontré l'efficacité du GPM dépendait de la présence de prestataires expérimentés (94).

### **4. Thérapies brèves GPM :**

Les objectifs du traitement peuvent être adaptés aux contraintes de temps, aux ressources cliniques et à la motivation du patient. Une intervention brève sur le modèle GPM

(en 10 séances) vise à aider le patient à reconnaître et rechercher de futures interventions thérapeutiques utiles et à les différencier des interventions iatrogènes (76). Un traitement en 10 séances vise à formuler un plan de prise en charge clinique global du TPB selon le modèle de soins par étapes. Cela permet au clinicien et au patient d'essayer d'anticiper une crise et de diminuer le recours à des interventions indésirables. Cela favorise également l'engagement actif et la responsabilité du patient dans le traitement pour favoriser sa dépendance à lui-même et prendre de bonnes décisions et atteindre au mieux ses objectifs (72,77). Une observation attentive de la temporalité des troubles et des schémas répétitifs est importante et nécessitera une certaine durée afin d'observer les changements ou les comportements stables. De plus, l'observation clinique synchronique entraîne souvent une confusion entre les mouvements de l'humeur et les affects ; ce qui peut entraîner un risque d'assimiler des réactions affectives liées à des événements interpersonnels à une symptomatologie thymique (75). Les interventions brèves GPM peuvent se suffire à elle mêmes comme le seul traitement que le patient reçoit dans un premier temps (77). Cette psychothérapie vise à limiter les échecs face au TPB (c'est-à-dire le fatalisme passif, l'évitement social, la responsabilité diminuée), tout en développant le courage d'affronter les problèmes relationnels et les événements existentiels, plutôt que de fuir ou d'éviter dans une position passive et dépendante (119). La psychoéducation du GPM intègre l'expérience du patient avec un récit cohérent, qui guide le patient quand il fait face à des difficultés dans la vie professionnelle et relationnelle. Elle met l'accent sur les événements de la vie comme source d'expériences correctives, source de croissance et d'apprentissage, plutôt qu'une simple succession d'échecs (42,71). Il est important, dans la perspective de proposer un traitement psychothérapeutique, d'avoir une démarche diagnostique collaborative, à laquelle le patient participe activement, et ce afin qu'elle puisse aboutir à un diagnostic et à une hypothèse de travail qui fasse sens à ses yeux, et si possible l'aide à formuler une demande psychothérapeutique en favorisant l'alliance thérapeutique (66).

#### **a) Déroulement des séances :**

La première séance est consacrée à la promotion de l'intérêt et de l'engagement dans l'intervention. Elle ne vise pas l'exhaustivité anamnétique ou sémiologique (42). La rencontre mobilise rapidement des modalités d'attachements instables chez les patients avec TPB. Ces modalités s'explorent facilement lors du premier entretien, en particulier parce que

le soignant est plus disponible aux contenus relationnels subjectifs dans le contexte de rencontre (120). La séquence perception d'abandon/ rage/ mise en acte agressive/ rejet réel typique des patients borderline peut être explorée puis discutée avec le patient à l'aide du modèle de l'hypersensibilité interpersonnelle, posant ainsi les premières bases de la psychoéducation (50). A la fin de la première (ou deuxième) séance, une intervention de 10 séances est proposée, si elle est déjà connue soit sous forme d'évaluation étendue, soit sous forme de psychothérapie limitée dans le temps (77). Dans les séances suivantes l'établissement du diagnostic de TPB est la première étape. L'évaluation des différents domaines de la symptomatologie (régulation de l'affect, impulsivité, identité, cognition, comportements autodestructeurs et fonctions interpersonnelles) évalue non seulement les critères diagnostiques mais évalue soigneusement leur impact sur la vie quotidienne du patient. Cette évaluation systématique prévient le sous-diagnostic du TPB et fournit un moyen direct de nommer les problèmes (17,47).

Il est important d'être particulièrement attentif aux comorbidités dont certaines peuvent présenter des complications thérapeutiques à venir (addiction, trouble du comportement alimentaire, comportements antisociaux, etc.) et le rôle éventuel du TPB (84). Un GPM de 10 séances suit les pratiques standard d'évaluation psychiatrique générale (c'est-à-dire établir un rapport, enquêter sur les origines historiques des problèmes, décrire les problèmes) avec un contenu spécifique au TPB. Le contenu des séances utilise le partage de diagnostic, la psychoéducation, la construction d'un récit et la formulation de cas, en utilisant le modèle d'hypersensibilité interpersonnelle de GPM (50). Cela impose une mobilisation du patient dans la restitution des éléments anamnestiques et sémiologiques. Tant sur le plan psychiatrique (reconnaissance des symptômes) que sur le plan psychopathologique qui met en lien la symptomatologie avec l'attachement et les modalités relationnelles, tout cela est toujours en lien avec le modèle de l'hypersensibilité (18). La dernière séance est un moment de révision et de synthèse qui résume le processus clinique jusqu'à présent, et une réflexion sur l'évolution de la compréhension des patients d'eux-mêmes et de leurs problèmes (49). D'autres cliniciens, parents ou membres de la famille peuvent être invités à cette session finale (69).

Les recommandations doivent inclure l'hypothèse diagnostique générale qui relie le modèle d'hypersensibilité interpersonnelle à des problèmes spécifiques (29). Il intègre le TPB aux diagnostics comorbides dans le cadre d'une compréhension plus large du patient (84). À

partir de là, un plan thérapeutique avec ses priorités explicites et ses objectifs à court et à long terme peut être clarifié. Si nécessaire, un traitement supplémentaire est envisagé avec le clinicien GPM aidant à l'organisation des prochaines étapes de soins. Ce bilan détaillé doit permettre d'adapter le type de traitement proposé aux difficultés et à la gravité du trouble, ainsi qu'à la motivation et l'engagement du patient et à la disponibilité des traitements spécialisés, selon le modèle de soins par paliers. Dans un certain nombre de cas l'investigation représente un traitement en soi et n'aboutit pas à une demande ou à une proposition de poursuite du traitement (42,69).

#### **b) Partage de diagnostics :**

Le GPM adopte une compréhension médicale du TPB pour fournir une clarté factuelle et des liens concrets avec la prise de décision clinique. La formulation médicalisée favorise l'observation sans jugement et la prescription d'actions saines. Les personnes atteintes de TPB sont considérées comme des individus responsables dont les actions et l'engagement ont des conséquences sur leur vie. Les patients décident comment utiliser les conseils cliniques pour améliorer leurs symptômes et leur fonctionnement (44,47).

#### **c) Psychoéducation :**

La psychoéducation dans le GPM est axée sur la clinique. Cela signifie que le clinicien peut utiliser des commentaires axés sur le problème tel qu'exprimé par le patient lors de la séance. La psychoéducation enseigne également aux patients le pronostic et les différents traitements validés. La psychoéducation peut développer l'intérêt du patient et la motivation à poursuivre un traitement spécialisé en fonction de ses objectifs personnels (42).

#### **d) Récit partagé et formulation de cas :**

Une fois le diagnostic partagé, il faut « l'adapter » de manière significative en discutant avec le patient. Ce récit est une histoire personnelle intégrant le rôle du trouble de la personnalité borderline dans le fonctionnement quotidien, les crises relationnelles, les

schémas répétés d'auto-sabotage, les perceptions de soi et les attentes dans sa vie personnelle. Le langage médicalisé du GPM aide le clinicien à transmettre une formulation de cas compréhensible, mélangeant l'histoire du développement du patient, l'histoire des symptômes, l'investigation clinique avec les connaissances théoriques et une base de connaissances scientifiques. Le modèle d'hypersensibilité interpersonnelle est au cœur de ce processus autobiographique de construction narrative (42,50).

**e) L'hypersensibilité interpersonnelle :**

L'hypersensibilité interpersonnelle peut être utilisée comme un outil de formulation de cas du TPB spécifique au GPM qui intègre les symptômes, l'état d'attachement du patient, les sentiments subjectifs, le comportement et les habitudes interpersonnelles. Un GPM de 10 séances utilise le modèle pour identifier les transactions relationnelles répétitives dans la vie du patient et clarifier les transactions relationnelles à la fois dans la vie du patient et hors des séances. Le modèle d'hypersensibilité interpersonnelle a deux fonctions. Premièrement, il peut contribuer à maintenir et à réguler en séance l'affect trop activé chez le patient. Deuxièmement, il peut contribuer à déclencher l'affect et donc être utile pour nommer et explorer des thèmes interpersonnels centraux en relation avec l'affect activé (77).

### **III. Matériels et méthodes :**

#### **A. Étude de la littérature scientifique :**

##### **1. Objectif de la recherche :**

L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux des études évaluant l'efficacité des interventions brèves GPM chez des populations adultes avec TPB. Nous avons donc réalisé une revue systématique de la littérature concernant ces interventions pour étudier leurs modes de prise en charge et leurs résultats.

##### **2. Recherche des références bibliographiques :**

###### **a) Bases de données :**

Les critères PRISMA2020 ont été utilisés pour effectuer cette revue de la littérature systématique à partir de quatre bases de données : Clinicaltrial, Pubmed, Cochrane, Sciencedirect.

Nous avons utilisé des mots clés identiques dans les quatre bases de données afin d'obtenir une bonne reproductivité.

###### **b) Termes utilisés :**

L'équation a été écrite avec les termes [MeSH] ci-dessous :  
Borderline personality disorder / Borderline que nous avons associé aux mots clés : Good psychiatric management / GPM.

###### **c) Algorithme utilisé sur les différents moteurs de recherche :**

("borderline personality disorder"[MeSH Terms] OR "borderline") AND (good psychiatric management[All Fields] OR gpm[All Fields]).

#### **d) Sélection des articles :**

Plusieurs phases de sélection ont été utilisées dans l'ordre suivant :

1. Le titre de la référence
2. La lecture du résumé
3. La lecture des articles

Les critères d'inclusion choisis étaient :

- Les articles publiés en anglais ou en français
- Les études concernant des adaptations du GPM sous forme condensée (d'une durée inférieure à un an)
- Les études portant sur des populations TPB adultes

Ont été exclus :

- Les études traitant de populations TPB d'âge inférieur à 18 ans
- Les études de mauvaise qualité méthodologique selon les critères ANAES (132)
- Les études publiées dans un document non révisé par des pairs
- Les études dont les processus de diagnostic clinique ne sont pas décrits ou n'ayant pas utilisé une évaluation standardisée valide et fiable

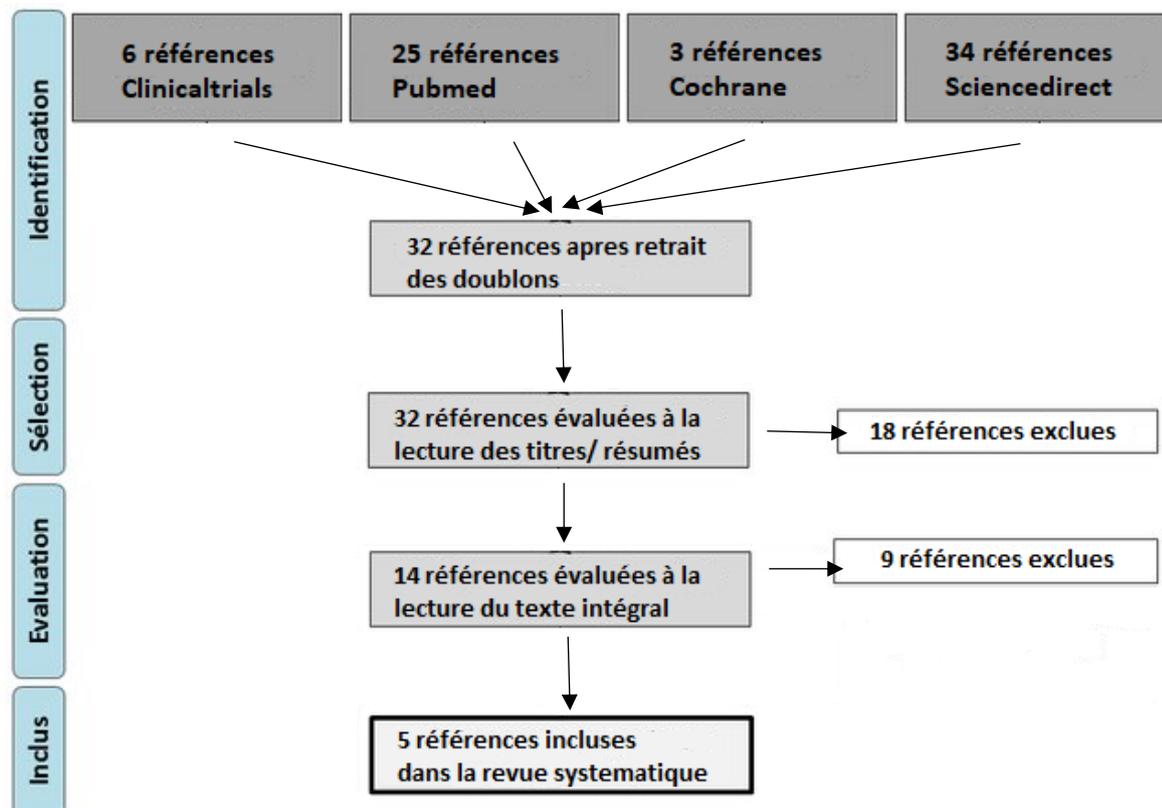
#### **e) Extraction des données :**

Chaque publication a été analysée selon la méthode de la lecture critique d'article. Seules les données de publications dont la méthodologie était de bonne qualité ont été retenues. Pour cette analyse, nous nous sommes aidés du guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations publié en 2000 par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé). (132)

## IV. RÉSULTATS :

### A. Flow chart de la revue :

Diagramme de flux, mécanisme de sélection des références : (figure 2)



A partir des 4 bases de données, 6 revues ont été sélectionnées sur Clinicaltrials, 25 revues ont été sélectionnées sur Pubmed, 3 revues ont été sélectionnées sur Cochrane, 34 revues ont été sélectionnées sur Sciencedirect. Dans un premier temps après retrait des doublons il restait 32 revues sélectionnées. Ensuite 18 revues ont été exclues à la lecture du titre car elles ne concernaient pas des formes breves du GPM. Enfin après lecture du texte intégral, 9 revues ont été exclues car elles traitaient de population avec âge inférieur à 18ans et de population sans diagnostic de TPB.

## **B. Descriptions des articles :**

Notre recherche dans la littérature actuelle, a permis d'identifier 5 études évaluant l'impact de formes brèves de GPM à la fois sur les récurrences de passages à l'acte auto-agressifs mais aussi sur l'évolution de la symptomatologie des patients atteints de TPB ainsi que sur les attitudes des soignants dans la prise en charge de ces patients (tableau 2).

### **1. Efficacité des thérapies GPM :**

En 2009, McMain et son équipe (95) ont cherché à comparer l'efficacité clinique de la thérapie comportementale dialectique par rapport à celle de la prise en charge GPM.

Il s'agissait d'une étude en simple aveugle qui incluait 180 patients diagnostiqués d'un trouble de personnalité borderline. Pour être inclus, les patients devaient répondre aux critères du DSM-IV pour le trouble de la personnalité limite, être âgés de 18 à 60 ans et avoir connu au moins deux épisodes d'automutilations suicidaires ou non suicidaires au cours des 5 dernières années, dont au moins un dans les 3 mois précédant l'inclusion. Les critères d'exclusion se limitaient à avoir un diagnostic DSM-IV de trouble psychiatrique de l'axe 1, de démence, de retard mental ou de dépendance à une substance dans les 30 jours précédents. Une randomisation en simple aveugle assignait les patients au hasard pour recevoir soit 1 an de thérapie comportementale dialectique soit la prise en charge GPM.

La thérapie comportementale dialectique consistait en un traitement ambulatoire cognitivo-comportemental dont l'objectif principal était d'éliminer le dysfonctionnement comportemental en aidant les patients à développer des stratégies d'adaptation plus efficaces. Elle comprenait une gamme variée d'interventions (1 heure hebdomadaire de séance individuelle, 2 heures hebdomadaires de séance en groupe, un soutien téléphonique de 2 heures par semaine) et sa stratégie consistait à renforcer la régulation émotionnelle par les modifications comportementales.

La prise en charge GPM quant à elle reposait sur les directives de bonne pratique du manuel de Gunderson (42) pour le traitement des patients présentant un trouble de la personnalité borderline. Ce traitement ambulatoire, dit « cohérent et de haut niveau », consistait en deux points :

- Des séances individuelles hebdomadaires de psychoéducation sur le trouble de personnalité borderline délivrées avec empathie et validation émotionnelle du patient, centrées sur les comportements suicidaires et d'automutilations, avec pour objectif médicamenteux un traitement des symptômes.
- Des réunions de supervisions obligatoires pour le thérapeute de 90 minutes par semaine.

Les principaux critères de jugement de McMain et son équipe (95), évalués initialement puis tous les quatre mois au cours du traitement, étaient la fréquence et la gravité des épisodes auto-agressifs suicidaires ou non suicidaires chez les patients. Les critères de jugement secondaires consistaient en l'évaluation de l'évolution des éléments suivants dans la population étudiée : les items diagnostiques du TPB, les symptômes psychiatriques généraux comme la détresse, la colère, la dépression, le fonctionnement interpersonnel, la qualité de vie des patients, leur utilisation des soins de santé et leur alliance au traitement.

Des diminutions statistiquement significatives de la fréquence des épisodes suicidaires et des épisodes d'automutilation non suicidaires ont été observées dans chacun des groupes mais aucune différence de fréquence n'a été observée entre les deux.

De la même façon, les résultats de l'étude ont montré, au cours de la période de traitement, des diminutions significatives des symptômes du TPB, de la dépression, de l'impact sur le fonctionnement interpersonnel des patients, de leur détresse et de leur colère liée aux symptômes, mais aucune différence significative n'a été mesurée entre les deux groupes.

Les patients des deux groupes ont également présenté une diminution statistiquement significative du nombre total de passages aux urgences pour comportement suicidaire, sans différence statistiquement significative entre les groupes.

Cet essai contrôlé randomisé a donc démontré que la thérapie comportementale dialectique n'était pas supérieure à la prise en charge GPM, les deux étant donc tout aussi efficaces dans la prise en charge du TPB. Ainsi la thérapie GPM se montre efficace dans la prise en charge des patients atteints de TPB.

En 2011, l'équipe de Kramer a réalisé une étude pilote visant à étudier les effets de la Relation Thérapeutique Motivée (RTM) dans le traitement précoce des patients souffrant de TPB.

La Relation Thérapeutique Motivée, également appelée Relation Thérapeutique axée sur le Symptôme, n'est pas une forme de traitement indépendante mais plutôt une technique relationnelle qui peut être ajoutée à différents types de traitements fondés sur des preuves pour les potentialiser. Dans cette technique d'entretien, le thérapeute définit et met en œuvre de manière individualisée l'offre de relation thérapeutique adaptée à chaque patient et aux spécificités de son fonctionnement (62). La RTM offre à chaque patient une relation individuellement taillée sur mesures qui convient à ses besoins et à ses buts les plus importants, favorisant de meilleurs résultats de la thérapie (14).

Kramer et son équipe sont donc partis du postulat, déjà prouvé dans de précédentes études (9), que la RTM était un ingrédient thérapeutique particulièrement utile dans le traitement précoce des patients souffrant de trouble de la personnalité, en particulier de TPB, pour conduire une étude pilote étudiant son effet associé au GPM.

Ils ont inclus 25 patients souffrant de TPB, assignés au hasard à un groupe bénéficiant d'une thérapie GPM brève (groupe GPM), en 10 séances individuelles, ou à un groupe bénéficiant de la même thérapie brève GPM en 10 séances individuelles mais associée à l'utilisation de la RTM (groupe GPM + RTM). Leurs critères d'inclusion étaient d'avoir un diagnostic principal de TPB et un âge situé entre 18 à 60 ans inclus et ils avaient définis comme critères d'exclusion le fait d'avoir un trouble organique comorbide, une toxicomanie/dépendance persistante, des troubles cognitifs ou un trouble psychiatrique de l'axe 1 (trouble bipolaire ou trouble délirant).

Le contenu de la thérapie brève GPM utilisée était le suivant :

1. Etablissement d'un diagnostic psychiatrique, y compris les comorbidités et les domaines impactés, et communication de ces informations au patient.
2. Établissement de l'anamnèse psychiatrique.
3. Identification des principaux problèmes à traiter et établissement des axes de traitement.
4. Définition des objectifs à court terme et renforcement général de la motivation du patient.
5. Identification et traitement des problèmes interférant avec le programme établi.
6. Formulation et travail du mode de fonctionnement dans les relations interpersonnelles.

Celle-ci était délivrée sous la forme d'une séance hebdomadaire avec, si nécessaire, l'introduction d'une pharmacothérapie d'appoint et / ou l'organisation d'un traitement hospitalier de courte durée.

Dans le groupe GPM + RTM, la RTM était ajoutée à partir de la deuxième séance afin que le thérapeute puisse faire une analyse complète des symptômes et des problèmes du patient et établir un plan thérapeutique personnalisé.

Les résultats de cette étude pilote allaient dans le sens d'une réduction plus importante des difficultés interpersonnelles dans le groupe GPM + RTM que dans le groupe GPM. De la même façon, les patients du groupe GPM + RTM rapportaient une meilleure alliance thérapeutique initiale et une plus grande augmentation de celle-ci au cours du suivi par rapport au groupe GPM seul.

Ainsi, les résultats de leur étude pilote allant dans le sens d'un impact positif de la RTM associée au GPM dans la prise en charge de patients souffrant de TPB, la même équipe a souhaité valider trois ans plus tard les résultats de leur étude pilote, en réalisant un essai contrôlé, randomisé en simple aveugle comparant l'association de la RTM + thérapie brève GPM chez des patients présentant un TPB, à l'utilisation d'une thérapie brève GPM simple dans cette même population.

Cet essai a inclus 85 patients, randomisés entre un groupe bénéficiant d'une thérapie brève GPM en dix séances sur trois mois et un autre groupe bénéficiant du même traitement, associé à l'utilisation de la RTM.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes que ceux de l'étude pilote, en dehors d'un élargissement de l'âge d'inclusion étendu de 18 à 65 ans inclus.

Pour la thérapie brève GPM, le manuel de Gunderson (42) a été utilisé afin d'adapter les principes du traitement GPM au TPB. Le contenu était le même que celui du programme GPM de l'étude de 2011 (cf points 1 à 6 ci-dessus).

Et la thérapie prenait la même forme que dans l'étude pilote, soit une séance hebdomadaire avec toujours, si nécessaire, l'introduction d'une pharmacothérapie d'appoint et / ou l'organisation d'un traitement hospitalier de courte durée.

La RTM était mise en place à la deuxième séance individuelle, la première séance d'accueil permettant au thérapeute de recueillir les données nécessaires à l'analyse du patient pour ensuite établir le plan de la RTM.

L'étude ne retrouvait pas de réduction supplémentaire des symptômes spécifiques du TPB dans le groupe GPM + RTM par rapport au groupe GPM seul.

Cependant, les résultats montraient qu'une individualisation des traitements pour les patients avec TPB, notamment avec l'ajout de la RTM au GPM, permettait une réduction significative supplémentaire des troubles généraux (c'est-à-dire des symptômes psychiatriques généraux et des difficultés dans les relations interpersonnelles), en particulier en termes de détresse. De plus, les résultats démontraient également une plus forte alliance thérapeutique, évaluée par le thérapeute, dans le groupe avec ajout de la RTM, comparé au groupe GPM seul.

La présente étude a également confirmé dans une certaine mesure les résultats de McMain et al. (2009) (95) sur l'efficacité des traitements basés sur les principes GPM chez les patients souffrant de TPB.

Les difficultés que présentent certaines personnes dans la compréhension des différents états mentaux possibles chez l'autre – la Théorie De l'Esprit (TDE) – sont associées à plusieurs troubles mentaux, dont le trouble de personnalité borderline (33).

L'équipe de Kramer en 2018 (78), a défini le traitement émotionnel (TE) comme un processus idiosyncrasique de transformation des émotions liées à la critique de soi, allant d'une auto-attitude méprisante vers une attitude plus compatissante envers soi-même.

Les auteurs dans cette étude, supposent initialement que les changements de symptôme dans le TPB sont le résultat d'interactions complexes au sein de processus centraux du cerveau et qu'ils peuvent être mesurés d'un point de vue neuro-comportemental (75).

La présente étude pilote a cherché à évaluer deux mécanismes de changement chez des patients atteints de TPB : (1) changement dans le TE, (2) changement dans la TDE, comme ils peuvent se produire lors d'une thérapie GPM brève du TPB.

Dans cette étude, 8 patients avec TPB diagnostiqué avec les critères du DSM-V et sans traitement médicamenteux ont été inclus. Les critères d'exclusion comprenaient les patients atteints de troubles neurologiques et de trouble psychiatrique de l'axe I. Tous les patients ont bénéficié d'une intervention brève GPM de 10 séances sur 3 mois, une fois par semaine. Le traitement suivait le manuel GPM (42) et englobait l'établissement d'un diagnostic psychiatrique, l'élaboration d'un axe de traitement, la discussion des principaux symptômes et des situations interpersonnelles pertinentes.

Le TE du patient était évalué par un exercice d'autocritique. Cette tâche comprend deux étapes principales, 1) un examen psychologique et 2) une évaluation en neuro-imagerie, réalisée à une semaine d'intervalle.

1) Elle correspond à la conduite d'un dialogue à deux avec critique de soi, dans le but d'extraire 20 mots individualisés pour chaque patient à chaque point de l'évaluation.

Le dialogue à deux comportait trois sous-étapes et trois moments de contrôles (voir Figure 2) :

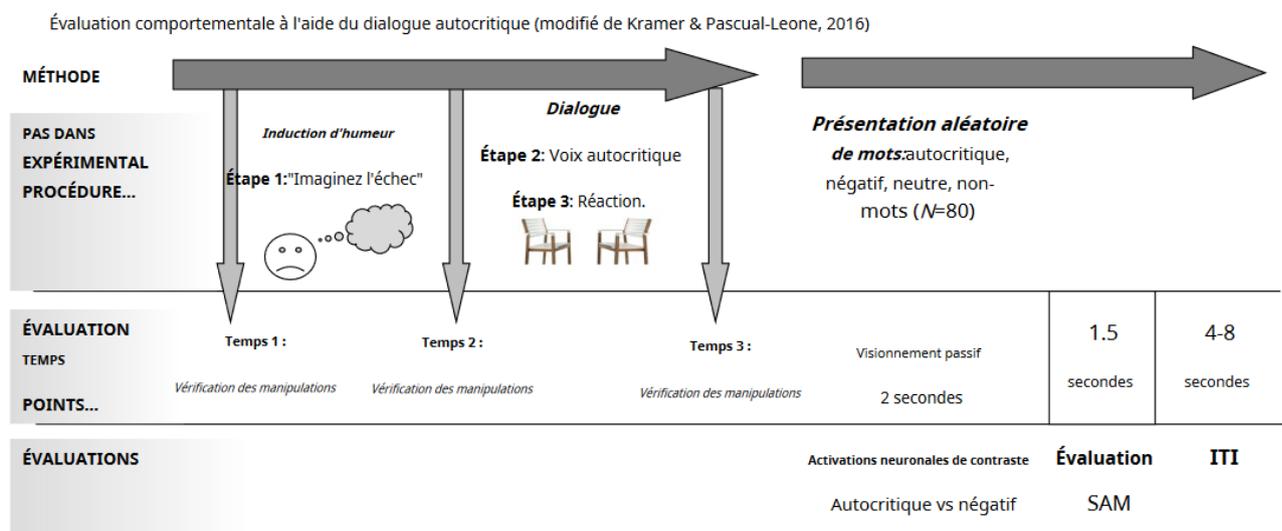
Pour la première sous-étape, le patient est invité à imaginer une situation d'échec personnel, de la manière la plus vivante possible (sans le signaler verbalement).

La deuxième sous-étape implique que le patient adopte la position « de l'autre chaise » dans le dialogue et exprime la critique de la situation imaginée avant, adressée à lui-même.

La troisième sous-étape implique que le patient (retour sur la première chaise) décrive sa réaction émotionnelle actuelle à sa propre critique.

Cette évaluation a duré 30 minutes et a été effectuée avant et après le traitement.

**Figure 3 : évaluation comportementale du TE d'après Kramer et al. 2018 (78)**



Noter: "Contrôles de manipulation" donnés à la ligne de base (1), aux points d'évaluation 2 et 3 et à la sortie (4) : à tous les moments : analogique visuel

Échelle; Échelle d'estime de soi de l'État; Mannequin d'auto-évaluation

2) Elle correspond à l'IRMf et est réalisée pendant la phase de réaction émotionnelle aux mots liés à la critique de soi, en comparaison avec des ensembles de mots émotionnellement négatifs, des mots neutres et des symboles.

Les participants ont reçu l'instruction suivante : « Lisez le mot et faites attention à ce qu'il évoque en vous ». Cette tâche a été réalisée avant et après le traitement.

L'évaluation en IRMf de la TDE implique le traitement et la compréhension de stimuli humoristiques. Dans cette étude, des dessins animés humoristiques ont été présentés nécessitant des aptitudes cognitives pour comprendre les fausses croyances du personnage de dessin animé, contrairement à des formes plus simples de dessins animés qui impliquent une ambiguïté visuelle.

Les résultats de cette étude ont montré que les changements du TE et de la TDE indiquent des preuves d'effets du traitement GPM au niveau des systèmes cérébraux liés à la modulation comportementale. Les résultats de la thérapie brève GPM ont montré que tous les patients ont présenté une réduction significative des symptômes spécifiques du TPB au cours des 10 séances de traitement. Pour les symptômes généraux et la détresse, une diminution faible mais non significative a été constatée.

Cette étude a examiné une question centrale pour la recherche en psychothérapie dans le TPB : les fonctions émotionnelles et socio-cognitives changent-elles au cours d'une thérapie brève type GPM et ces changements cérébraux sont-ils liés à une modification des symptômes ?

Le TE semble changer au cours des séances de GPM. Lorsque les patients sont exposés à leurs propres critiques, les régions neuronales associées au traitement de tâches complexes de représentation (par exemple le putamen) sont de plus en plus recrutées. Ces structures sont connues pour le traitement des consciences de soi et le développement de la conscience. La conscience de soi peut avoir plusieurs sources (c'est-à-dire cognitives, affectives, sensorielles). Cependant les résultats de cette étude suggèrent que les patients utilisent très probablement une conscience de soi émotionnelle, intégrant des informations de sens corporel liées à la réaction aux critiques de soi, vers une représentation émergeant directement à partir d'informations affectives (79).

La présente étude a montré un changement dans la TDE après une thérapie brève GPM. Ce changement a été observé dans les régions neuronales qui sont associées au traitement

d'informations complexes, telle la résistance au changement de croyances (c'est-à-dire le cortex préfrontal dorsolatéral (60).

Cette étude peut suggérer aux thérapeutes d'effectuer une surveillance particulière sur les micro-changements socio-cognitifs et le TE afin de favoriser leurs transformations et leurs différenciations dans le cadre d'une psychothérapie.

L'équipe de Ridolfi en 2019 (109), a cherché à évaluer l'efficacité d'une thérapie brève GPM de 6 séances en groupe de psychoéducation (PEG) chez des patients avec TPB dans un milieu ambulatoire communautaire mal desservi en termes de ressource de santé.

Les critères d'exclusion étaient la présence d'une déficience mentale, un diagnostic psychiatrique de l'axe I, ou un diagnostic de dépendance à une substance (hors nicotine).

96 patients ambulatoires qui répondaient aux critères du DSM-IV pour le TPB ont été inclus. Les 48 premiers ont reçu la PEG, tandis que les 48 suivants ont été assignés à un groupe témoin et ont pu bénéficier à une PEG à la fin de l'étude. Le groupe contrôle bénéficiait d'une consultation médicale une fois par mois et était évalué au même moment que le groupe PEG. Le critère de jugement principal, était l'échelle d'évaluation de Zanarini pour le trouble de la personnalité limite du DSM-IV (ZAN-BPD). (133)

L'intervention du PEG a été structurée sur un format de groupe fermé de 6 séances hebdomadaires d'une durée de 90 minutes chacune. La première heure de chaque session consistait en la présentation et la discussion de méthodes et d'atelier du manuel GPM, (42) suivi d'un temps de questions. Chaque groupe comportait 8 participants et étaient animés par deux professionnels ayant reçu la formation GPM. Les séances étaient basées sur chacun des 6 thèmes spécifiques de la psychoéducation du modèle GPM : (1) le diagnostic de trouble borderline et les symptômes, (2) origines du trouble borderline, (3) troubles comorbides, (4) évolution, (5) traitement et (6) médicaments.

Les résultats de l'étude ont confirmé l'efficacité du GPM avec psychoéducation de groupe (PEG) sur la réduction de la symptomatologie du TPB chez une population ambulatoire. L'effet de cette intervention est resté stable après 2 mois. L'efficacité de cette psychothérapie brève GPM en groupe a particulièrement été observée chez les patients avec TPB sévère en facilitant la participation active et le soutien mutuel des patients. Les résultats montrent que commencer un traitement avec la divulgation d'un diagnostic de trouble de

personnalité borderline, une psychoéducation sur sa génétique, son évolution et son traitement apporte soulagement et stabilisation pour les patients.

L'étude a montré que PEG était plus efficace sur les secteurs cognitif, affectif et interpersonnel et bien qu'il y ait un effet significatif sur l'impulsivité, cet effet n'était pas supérieur à celui dans le groupe contrôle.

Cette étude montre qu'une intervention PEG peut être un traitement efficace pour les patients atteints de TBP. Les coûts-avantages globaux des interventions de groupe et leurs applications faciles démontrent leur potentiel à répondre à d'importants besoins de santé publique.

**Tableau 2 : Résumé des articles**

Résumé GPM base de donnée		études		études		études		études		études		études	
Auteurs et années de l'étude	Type d'étude	Durée de la thérapie	Interventions	Nombre de sujet	Principaux résultats	Analyses de suivi							
<b>Efficacité du traitement :</b>													
McMain et al. (2009)	étude clinique randomisée	12 mois	TCD (n=90) vs. GPM (n=90)	adulte avec TPB en ambulatoire • M=30,4ans • 86% de femmes • 65% sans emploi	• Aucune différence significative entre les groupes.	• Abandon : les patients présentant une ↑ des comorbidités de l'axe I avaient un maintien accru au GPM. Dans les deux traitements, ↑ des comorbidités, de la colère et des tentatives de suicide ainsi qu'une ↓ de l'alliance. (Wnuk et al., 2013) (121) • suivi à 2 ans : Les patients ont été maintenu ou ont fait davantage d'améliorations. Les 2/3 ont obtenu une rémission mais plus de la moitié encore avait une déficience fonctionnelle élevée (McMain et al., 2012) (94) • Trajectoires : Dans les deux traitements, les patients qui ont rapidement répondu au traitement mais rechutés (par rapport aux patients qui ont maintenu des améliorations) avaient une ↑ des symptômes dépressifs, des passages aux urgences et du chômage (McMain et al., 2018) (93) • sélection des traitements : Les patients présentant des symptômes psychiatriques plus sévères et de l'impulsivité sont plus susceptibles de bénéficier des avantages du GPM, tandis que les patients avec des traits dépendants, des abus émotionnels et une bonne adaptation sociale sont plus susceptibles de bénéficier de la TCD (Keefe et al., 2020) (61) • TSPT : Les deux traitements ↓ les tentatives de suicide, les comportements d'autommutilation, la détresse et les symptômes borderline pour les patients avec TPB avec et sans TSPT (Boritz et al., 2016) (12)							
Kramer et al. (2011)	étude pilote contrôlée randomisée testant l'effet de l'ajout d'une relation thérapeutique motivée à 10 sessions de GPM	10 séances de GPM	RTM + GPM (n=11) vs GPM (n=14)	Adulte avec TPB en ambulatoire • M=30,7ans • 77 % femmes	• Pas de différences significatives dans les résultats, entre les groupes, à l'exception de l'amélioration des problèmes interpersonnels (RTM+GPM>GPM) • J. de l'utilisation générale des services de santé	• Non évalué							
Kramer et al. (2014)	étude contrôlée randomisée testant l'effet de l'ajout d'une relation thérapeutique motivée à 10 sessions de GPM	10 séances de GPM	RTM + GPM (n=36) vs GPM (n=38)	Adulte avec TPB en ambulatoire • M=32,7ans • 69 % de femmes • 76 % sans emploi	• RTM + GPM était associée à une ↓ des abandons et à une ↑ de la qualité de l'alliance thérapeutique • RTM n'a pas entraîné une ↓ plus importante des symptômes du TPB, mais a donné des résultats plus importants sur l'alliance thérapeutique	• Avantages supplémentaires des traitements entre les deux groupes : ↓ de la détresse et ↑ de l'adaptation des émotions (Berthoud et al., 2017) (10), ↑ la capacité à se mettre à distance de ses biais cognitifs (Maillard et al., 2020) (89), ↓ les comportements autodestructeurs (Kramer et al., 2017) (75) • A 6 mois de suivi : Les améliorations ont été maintenues et n'ont pas différé entre les conditions, (Kramer et al., 2017) (75) et ↑ des capacités métacognitives étaient associées à une ↓ des symptômes (Maillard et al., 2020) (89) • A 12 mois de suivi : RTM+GPM patients étaient plus susceptibles d'entrer en psychothérapie structurée que les patients GPM seul (Kramer et al., 2017) (75) • L'adhésion au GPM explique une ↑ de 16 % des symptômes généraux et de 23 % des symptômes du TPB (Kolly et al., 2016) (69) • TUS : ↑ de la réduction des symptômes du trouble borderline et ↑ de la croissance de l'alliance ont été trouvés chez les patients avec TPB + TUS vs TPB (Penzensstadieler et al., 2018) • Alliance : les évaluations de l'alliance par le patient et le thérapeute étaient temporellement congruentes (Kivity et al., 2020) (66) • Interactions : ↑ de l'activation des modèles d'interaction sociale prédits, ↑ des résultats interpersonnels mais ↓ de l'alliance dans le MOTR + GPM mais pas GPM (Signer et al., 2020) • Facteurs liés au patient : L'agrément du patient au départ était associée à un changement de symptôme en GPM mais pas MOTR + GPM (Zufferey et al., 2019) (131) • Non évalué							
Kramer et al. (2018)	Etude pilote utilisant l'IRM fonctionnelle et les tâches comportementales	10 séances de GPM	10 sessions de GPM (N = 8)	Patientes de sexe féminin atteintes de TPB • M = 23, 1 ans	• Tendance à la ↓ des symptômes de TPB • Changements dans l'état d'éveil durant les tâches comportementales								
Ridolfi et al. (2019)	Essai contrôlé testant 6 sessions de groupe de psychoéducation (GPM en groupe de psychoéducation)	6 séances de GPM	Groupe de psychoéducation basé sur le GPM + traitement habituel (N = 48) vs. Liste d'attente + traitement habituel (N = 48)	Patients adultes atteintes de TPB • M = 34,5 ans • 55% de femmes • 42% sans emploi	• Améliorations significatives des symptômes affectifs, cognitifs, impulsifs et interpersonnels du trouble borderline • L'amélioration était : en GPM+PEC vs liste d'attente, sauf sur impulsivité								

Abbreviations: TPB = trouble de personnalité borderline; TCD = thérapie comportementale dialectique; RM = imagerie par résonance magnétique; GPM = good psychiatric management; RTM = relation thérapeutique motivée; TSPT = syndrome de stress post-traumatique; ↑ = augmente; ↓ = diminue.

## **2. Efficacité de la formation des praticiens au GPM :**

L'équipe de Keuroghlian en 2016 (65), a cherché à étudier si une brève formation au GPM d'une journée était efficace pour améliorer les attitudes et la volonté des cliniciens à prendre en charge les patients avec TPB.

Les objectifs de la formation brève GPM étaient triples, tout d'abord évaluer l'efficacité des ateliers GPM pour améliorer les attitudes des cliniciens vis à vis du TPB. Ensuite évaluer si les changements d'attitudes sont liés aux années d'expérience clinique. Enfin étudier l'ampleur du changement après la formation brève GPM comparé à la formation STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving). STEPPS est un programme en groupe qui s'est avéré utile pour les patients ambulatoires atteints d'un TPB. Il combine des éléments cognitivo-comportementaux avec une formation professionnelle (11). Ce programme s'applique en plus d'un autre traitement comme la psychothérapie individuelle.

Les ateliers de la formation brève GPM comprenaient un enseignement didactique, des vidéos pédagogiques et des exercices de cas clinique en petits groupes. L'étude comprenaient 297 participants qui différaient dans la durée de leur expérience clinique et dans leur discipline professionnelle (psychiatres, psychologues, infirmières).

L'étude a montré que le fait d'avoir moins d'années d'expérience clinique était lié à une plus grande augmentation du sentiment de compétence professionnelle pour prendre en charge les patients TPB. Ce qui suggère que les formations brèves GPM sont particulièrement efficaces pour aider les jeunes cliniciens. Les participants ont montré une diminution de leur conviction que le pronostic du trouble borderline est sans espoir. La formation brève GPM a augmenté la confiance des cliniciens dans l'efficacité envers les psychothérapies, un résultat qui est cohérent avec l'accent mis par les ateliers sur la validation empirique du GPM (94,95). Les cliniciens ont terminé la formation brève avec un sentiment accru de compétence professionnelle et la conviction qu'ils peuvent faire une différence positive dans la vie des patients borderline. De même, cette formation brève a réduit l'aversion des cliniciens pour les patients borderline et leur désir d'éviter de s'occuper d'eux. Ainsi, les ateliers GPM ont favorisé des changements d'attitude positifs chez les cliniciens susceptibles d'améliorer leur capacité à aider les patients avec TPB.

Les ateliers de formation GPM et STEPPS ont conduit à des changements d'ampleur comparable, reflétant l'efficacité globale des ateliers en tant que moyen de changer les

attitudes et les croyances. Le changement important était que la formation STEPPS a conduit à une croyance accrue que le TPB est une maladie provoquant des symptômes pénibles, alors que l'atelier GPM n'a pas modifié de manière significative cette croyance. Cette différence est cohérente avec la conceptualisation de STEPPS du TPB comme une maladie dont le traitement se concentre sur la rémission des symptômes (11). En revanche, le GPM repose sur un modèle du TPB dans lequel les symptômes ne sont pas nécessairement pénibles et où la rémission des symptômes est secondaire à la maîtrise de soi et à l'amélioration du fonctionnement social et professionnel. (48)

Néanmoins, cette étude n'indique pas si les changements d'attitudes et de croyances des cliniciens observés le jour de la formation brève GPM étaient durables et affecteront leurs pratiques professionnelles. De même, l'étude n'indique pas si ces changements d'attitude, même s'ils sont soutenus et entraînent des pratiques modifiées, amélioreront la prise en charge des patients.

C'est pourquoi, l'équipe de Masland en 2018 (91), a cherché à reproduire et à étendre l'analyse de Keuroghlian et al. (2016) (65) en étudiant si les changements dans les attitudes des cliniciens observés après la formation brève GPM persistaient à 6 mois. L'étude reprenait la même structure de formation brève GPM que l'équipe de Keuroghlian. Le public étudié comprenait 193 participants de différentes professions de santé mentale, 52 ont répondu au suivi à 6 mois. Ils ont utilisé la même évaluation des attitudes et des croyances des cliniciens à propos du TPB en rajoutant des questions liées spécifiquement au modèle GPM (tableau 3), tel que les sentiments des cliniciens d'empathie/compassion pour les patients borderline ; les sentiments d'inconfort à travailler avec ces patients ; les questions liées au diagnostic et les priorités de traitement ; la volonté de travailler avec des patients atteints de TPB. Les réponses des cliniciens ont été évaluées avant et après la formation ainsi qu'au suivi à six mois.

**Tableau 3 : Evaluations des attitudes et croyances des cliniciens d'après Keuroghlian et al. (2016) (65)**

**TABLE 1.** Attitude Scores Before, Immediately After, and 6 Months After Training

Item	Pretraining		Posttraining		6-Month Follow-Up		Repeated-Measures ANOVA				
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F	df	p	Partial $\eta^2$	n
1	3.48	1.66	2.83	1.53	2.93	1.61	4.95	2, 90	0.009	0.10	46
2	4.67	1.42	5.47	1.12	5.69	1.09	17.84	2, 100	<0.001	0.26	51
3	2.73	1.28	2.49	1.35	2.04	1.17	6.40	2, 100	0.002	0.11	51
4	2.00	0.98	1.51	0.58	6.59	0.67	703.0	1.66, 83.03	<0.001	0.93	51
5	6.28	1.03	5.98	0.94	5.84	0.91	3.28	2, 98	0.042	0.06	50
6	2.52	1.33	2.34	1.24	1.76	1.15	6.03	2, 98	0.003	0.11	50
7	5.45	1.36	6.35	0.69	5.82	1.49	8.95	2, 100	<0.001	0.15	51
8	5.12	1.28	6.35	0.77	5.55	1.38	17.91	1.63, 81.65	<0.001	0.26	51
9	6.28	1.17	6.49	0.97	2.57	1.39	185.5	1.59, 79.38	<0.001	0.79	51
10	5.94	1.16	6.16	0.99	3.06	1.71	92.27	1.26, 63.05	<0.001	0.65	51
11	5.49	0.99	5.90	0.86	6.04	0.87	7.06	1.74, 87.15	0.002	0.12	51
12	3.92	1.38	5.25	1.60	6.12	1.04	42.22	2, 102	<0.001	0.45	52
13	3.55	1.63	3.16	1.60	5.84	1.14	52.00	1.79, 86	<0.001	0.52	49

Note: Lower scores indicate disagreement and higher scores indicate agreement on a 1–7 Likert scale.

Avant la formation, il existait des attitudes positives tel que « la confiance en sa capacité pour identifier et diagnostiquer le trouble borderline » et certaines attitudes négatives comme par exemple, « je n'aime pas les patients borderlines », « J'ai plus de difficulté à ressentir de l'empathie/compassion pour patients borderlines que les autres patients », et certaines attitudes relativement neutres par exemple « l'accord avec la volonté de divulguer le diagnostic de trouble borderline ».

Après la formation, il subsistait des signes d'attitudes négatives par exemple le désaccord avec la conviction que le TPB "provoque des symptômes qui sont pénibles pour l'individu borderline », des attitudes positives comme par exemple, la croyance que l'on peut « faire une différence positive dans la vie des patients borderlines », et des attitudes neutres comme par exemple, « la volonté de divulguer le diagnostic de trouble borderline ».

A 6 mois de suivi, certaines attitudes auparavant négatives ou neutres ont changé positivement tel que par exemple « la croyance que le trouble borderline cause de la détresse aux patients », « la volonté de divulguer le diagnostic ».

L'étude a montré des changements significatifs allant dans le sens d'attitudes positives à l'égard du TPB et persistants au cours des 6 mois suivant la formation brève GPM. Comme Keuroghlian et al. (2016) (65), les changements observés ici sont conformes au cadre et à l'approche GPM. Au cœur du GPM se trouve l'idée que tous les cliniciens devraient avoir les outils nécessaires pour se sentir compétents dans le traitement du TPB, doivent être prêts à divulguer le diagnostic aux patients et devraient être prêts à travailler avec des patients porteurs du diagnostic. Un changement d'attitude positif a été observé lors de cette étude sur les éléments liés à ces principes. Un autre principe central du GPM est que le changement est attendu, et les patients peuvent aller mieux. L'étude a montré que même à 6 mois, les cliniciens ont exprimé une croyance accrue dans l'idée que certaines psychothérapies peuvent être utiles pour le TPB ainsi qu'une diminution de la conviction que le pronostic est sans espoir pour le TPB.

Les résultats indiquent qu'une formation brève GPM peut favoriser des améliorations durables dans les attitudes et les croyances des cliniciens à propos du TPB, et ainsi permettre d'atténuer la stigmatisation et les croyances négatives sur le TPB qui peuvent diminuer la disponibilité et la qualité des soins que reçoivent ces patients.

## **V. DISCUSSION :**

Notre recherche a donc permis d'identifier cinq études évaluant des adaptations brèves de thérapie GPM dans la prise en charge de patients atteints d'un TPB.

A cela, pour développer notre réflexion autour de la prise en charge du TPB, nous avons ajouté deux études évaluant une formation aux thérapies brèves GPM, afin de bénéficier d'informations sur l'accessibilité et l'acceptabilité de cette formation pour les thérapeutes.

La durée des thérapies brèves GPM évaluées allait de 6 séances, soit 6 semaines, à 10 séances, soit 4 mois. Toutes ces thérapies se déroulaient en ambulatoire et seule l'une d'entre elles comportait un apprentissage des compétences en groupe, les autres ne consistant qu'en séances individuelles.

Les formations des thérapeutes évaluées se déroulaient quant à elles sur une journée.

Quels que soient leurs programmes ou leurs modes de mise en pratique, toutes ces thérapies ont démontré, de façon statistiquement significative, des bénéfices dans la prise en charge des sujets atteints de TPB.

Dans cette discussion, dans un premier temps nous ferons un résumé des bénéfices observés de ces psychothérapies. Puis dans un second temps nous exposerons les limites des articles sélectionnés ainsi que celle de notre revue de la littérature. Enfin dans un troisième temps nous réfléchirons aux différentes perspectives d'avenir que peuvent apporter de telles adaptations psychothérapeutiques.

### **A. Analyse des résultats :**

L'étude historique de McMain et al. (2009) (95), comparant un an de prise en charge en Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) à un an de prise en charge en thérapie GPM chez des patients souffrant de TPB, n'a pas démontré de supériorité de la TCD à la prise en charge GPM.

Deux études contrôlées randomisées plus petites portant sur des thérapies brèves GPM en 10 séances ont été publiées par la suite (73,76). La première étude pilote a montré de meilleurs résultats sur les symptômes généraux dans le groupe GPM + RTM (73), la deuxième étude plus large (essai contrôlé randomisé) a confirmé cet effet, constatant également que les

symptômes spécifiques du TPB ont diminué de manière comparable entre les deux groupes (GPM et GPM + RTM), (76).

Ces résultats suggèrent donc que la RTM a augmenté le soulagement global des symptômes en 3 mois de traitement, au-delà de l'approche GPM de base, ce qui n'est pas le cas pour les symptômes spécifiques du TPB. La thérapie brève GPM pourrait donc être considérée comme suffisamment adaptée pour répondre aux symptômes spécifiques du TPB, à l'inverse des composantes thérapeutiques supplémentaires (comme la RTM) qui ne semblent pas être indispensables à l'amélioration spécifique des symptômes du TPB. A 6-12 mois de suivi, les effets de la forme brève du GPM se sont maintenus (75,81).

Outre le format GPM de 10 séances, un format GPM de 6 séances en groupe psychoéducatif a été comparé à un groupe témoin en attente d'une prise en charge psychothérapeutique dans un essai contrôlé randomisé (109). Les participants au groupe ont reçu six séances de 90 minutes par semaine, chaque séance comprenant un temps pour le contenu didactique, un pour le soutien mutuel et un pour les commentaires. Les six sujets abordés étaient (a) le diagnostic du trouble borderline et les symptômes, (b) les origines du trouble borderline, (c) les comorbidités, (d) l'évolution, (e) le traitement, et (f) le rôle des médicaments. L'intervention a été associée à une amélioration significative dans tous les secteurs affectif, cognitif et interpersonnel des individus et sur la majorité des symptômes spécifiques du TPB, comparé au groupe témoin sur liste d'attente, sauf sur l'impulsivité. Ces résultats ont été retrouvés après le traitement et au suivi à 2 mois de la fin du traitement. Un total de 46 % des patients du groupe psychoéducatif (PEG) étaient des répondeurs complets (diminution de 50 % par rapport aux symptômes de base du TPB), contre 6 % dans le groupe liste d'attente (109).

Ces 10 séances individuelles et 6 séances de groupe reposent sur les principes de base du GPM, facilement adaptables à tous les patients atteints de TPB. Il convient cependant de noter que dans ces études, les traitements psychothérapeutiques étaient dispensés par des experts dans le traitement du TPB.

La fréquence des passages à l'acte auto-agressifs (suicidaires et non suicidaires) était un critère d'évaluation principal dans les cinq études. Elle était évaluée par l'hétéro-questionnaire Suicide Attempt Self-Injury Interview (86).

Kramer et son équipe, dans trois études (73,76,78), ont retrouvé une diminution significative du nombre de gestes suicidaires après 10 séances de thérapie et à distance de celle-ci chez les

sujets avec TPB. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'adaptation en groupe de 6 séances de Ridolfi et al. (2019), (109) et après deux mois de suivi.

Mise à part la régression des passages à l'acte auto agressif, la thérapie brève GPM à également montré son efficacité dans la diminution d'autres symptômes du TPB (89).

L'échelle d'évaluation de Zanarini pour les symptômes spécifiques du TPB (ZAN-BDP) (133) a été utilisé dans toutes les études de cette revue.

Les autres critères de jugement secondaires comprenaient les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline, les symptômes psychiatriques généraux, la colère, la dépression, le fonctionnement interpersonnel, la qualité de vie, l'utilisation des soins de santé et l'adhésion au traitement. Les mesures comprenaient, une échelle administrée par un clinicien pour évaluer la psychopathologie du TPB du DSM-IV (136) et DSM-V (137) ; la Symptom Checklist-90-Revised (54), mesurant les symptômes généraux ; le State-Trait Anger Expression Inventory (116) ; l'inventaire de dépression de Beck (22) ; l'Inventaire des problèmes interpersonnels, version 64 items (1) ; et le thermomètre EQ-5D (104), qui mesure la qualité de vie liée à la santé.

La présence de symptômes dépressifs est fréquemment associée au TPB, toutes les études précédentes ont étudié l'évolution des scores de dépression. Elles ont retrouvé des régressions significatives des critères de dépression chez les personnes ayant bénéficiées de la thérapie brève GPM.

Ainsi, McMMain et al. (2009) (95), Kramer et al. (2011, 2014) (73,76) et Ridolfi et al. (2019) (109) ont retrouvé une amélioration significative des scores généraux concernant la symptomatologie du TPB, avec un maintien de ces améliorations dans le temps. De même, une diminution significative de l'anxiété et des difficultés dans les relations interpersonnelles, a été retrouvé.

Concernant l'évaluation des compétences acquises au cours de ces thérapies, des améliorations dans les capacités de régulation des émotions ont été retrouvées dans les cinq études, McMMain et al. (2009) (95), Kramer et al. (2011, 2014, 2018) (73,76,78) et Ridolfi et al. (2019) (109).

Une seule étude (95) a pris en compte les avantages en termes de coût de sa psychothérapie (notamment l'importance de l'utilisation des structures de soins) par rapport au traitement habituel. L'équipe de McMMain et al. (2009) (95) a perçu une grande diminution de l'utilisation des services de soins (nombre et temps d'hospitalisation ainsi que fréquence de consultation aux urgences) chez les patients ayant bénéficié de la prise en charge GPM.

En effet, la prise en charge des patients présentant un TPB est un enjeu majeur de santé publique. Ce groupe de patients représente environ 15 % à 20 % des admissions dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques (3, 24), 10 % à 15 % des visites aux urgences (32,53) et environ 6 % des visites de soins primaires (119). Les coûts indirects beaucoup plus élevés associés aux troubles comprennent des taux élevés d'échecs au travail, dans les relations sociales, dans l'éducation des enfants, ainsi que des taux augmentés de problèmes médicaux (6, 8-11).

L'adhésion aux soins est également un problème central du TPB. Les symptômes spécifiques du TPB entraînent fréquemment une ambivalence au regard des soins avec une faible adhésion, en particulier lorsque les soins s'inscrivent dans la durée (74). En effet, un taux d'abandon élevé est fréquemment retrouvé et ce quel que soit le type de thérapie (80,93). Concernant les thérapies brèves GPM étudiées ici, les taux d'abandon retrouvés étaient relativement faibles. L'adhésion aux principes GPM, mesuré par la GPM Adherence Scale (68), a expliqué entre 16 % et 23 % de l'amélioration des symptômes spécifiques du TPB lors du GPM en 10 séances (69).

Ainsi pour résumer, nous remarquons après cette revue de la littérature qu'une intervention brève GPM permet une réduction des symptômes spécifiques du TPB, des problèmes interpersonnels, des symptômes psychiatriques généraux, ainsi qu'une réduction des passages aux urgences et de l'utilisation globale des services de santé.

## **B. Limites :**

### **1. Limites des études incluses :**

Plusieurs biais et limites dans les études sélectionnées sont importants à remarquer.

Tout d'abord, différents types de biais de sélection. En effet, plusieurs groupes étudiés n'étaient pas représentatifs des patients avec TPB observés en population générale.

Notamment en termes de sex-ratio des patients étudiés ; toutes les études comportaient un faible nombre ou pas du tout de patient de sexe masculin alors qu'au sein de la population générale il n'est pas retrouvé de différence de sex-ratio du TPB (30).

De plus, les études excluaient fréquemment la présence de comorbidités notamment psychiatriques qui sont très souvent retrouvées chez les patients avec TPB (83). Cela engendre également un défaut de représentativité.

Dans un second temps, on repère pour certaines études des éléments subjectifs liés à l'enquête du fait de l'utilisation de moyens de comparaison reposant sur des auto-évaluations (73,76,95,109).

De plus, l'un des éléments ayant motivé la plupart de ces adaptations était de développer une thérapie accessible et moins coûteuse. Or seule une des études, celle de McMain et al. (2009) (95), a réalisé une évaluation des soins en termes financiers et de recours aux services de santé. Il aurait semblé pertinent que ceci soit également réalisé dans les autres travaux.

Dans plusieurs études, on peut également noter un biais de confusion concernant les effets de la thérapie car les patients qui en bénéficiaient pouvaient également avoir recours à une thérapeutique médicamenteuse concomitante, qui n'ont pas été répertoriées (73,76,95,109).

De même, dans les études comparant leur thérapie au traitement usuel, qui consistait principalement à avoir un suivi médical en attente d'un suivi psychothérapeutique, les sujets qui ont bénéficié de la psychothérapie GPM avaient probablement un suivi plus régulier, ce qui peut biaiser l'évaluation des bénéfices réellement apportés par le contenu de la thérapie en elle-même (73,76,109).

En outre, pour certaines études, (109) les mêmes thérapeutes ont pris en charge des patients inclus dans les deux groupes de traitement. Cela crée un biais de confusion, pouvant avoir des effets sur les comparaisons inter-groupes, que ce soit en termes de surestimation ou de sous-estimation d'effets.

Pour finir, certaines des études, du fait de leur méthodologie (pas de groupe contrôle (78), pas de randomisation aléatoire des patients (109), faible nombre de patients inclus) ne bénéficiaient pas d'un haut niveau de preuve.

## **2. Limites de la revue de la littérature :**

Tout d'abord, l'algorithme utilisé peut entraîner un biais de sélection associé à la méthodologie d'une revue de la littérature systématique. En effet, des références ont pu être

oubliées du fait des critères d'inclusion utilisés (mots clés, mode de sélection des articles par le titre et par le résumé), malgré l'utilisation de quatre bases de données différentes.

Une autre limite de cette étude est que la recherche documentaire n'a été réalisée que par un seul examinateur.

De plus, l'inclusion dans cette recherche des études portant sur les populations adolescentes aurait semblé pertinente. En effet la construction de ce trouble est importante dans cette population (128) et des adaptations brèves et précoces ont été spécifiquement développées pour ces sujets chez lesquels l'observance est plus difficile à obtenir (GPM-A). (58)

Enfin, l'hétérogénéité de ces adaptations brèves du GPM et des protocoles utilisés pour les évaluer, ne permettent pas de réaliser une méta-analyse des résultats analysés.

### **C. Perspectives d'avenir :**

Un grand nombre de patients avec TPB n'ont pas accès à un traitement spécialisé (53). C'est pourquoi il est primordial de mettre en place des moyens efficaces et accessibles aux structures de soins pour la bonne prise en charge de ces patients.

L'objectif principal de cette thèse était de faire un état des lieux des différentes formes d'interventions brèves GPM qui ont montré les preuves de leurs efficacités dans la diminution des troubles des personnes souffrant de TPB.

Les résultats retrouvés dans cette revue de la littérature permettent de discuter de certaines perspectives intéressantes concernant une adaptation du GPM à notre système de santé, pour la prise en charge des patients atteints de TPB,

L'optimisation des prises en charge nécessite aujourd'hui que les patients reçoivent un traitement adapté à leur état. Or, bien que les traitements les plus connus pour le TPB soient des traitements au long cours, 48 % des 75 études incluses dans la méta-analyse Cochrane sur les traitements psychologiques du TPB étudient des traitements inférieurs ou égal à 6 mois (118). Les thérapies brèves ont donc un rôle important dans l'évolution des modèles de soins (40,80,101), qui visent à proposer à chaque patient les soins thérapeutiques les plus adéquats en fonction des ressources disponibles.

Le modèle de soins par étapes est basé sur l'hypothèse que la thérapie au long cours n'est pas le seul traitement indiqué pour le TPB, et que dans de nombreux cas, une intervention à plus court terme aura des avantages initiaux plus immédiatement disponibles lors d'états cliniques aigus (57). La thérapie brève GPM pourrait être offerte comme un moyen d'accroître la sensibilisation aux premiers symptômes et de fournir un outil de base pour gérer les hypersensibilités interpersonnelles de manière plus proactive afin que les individus bénéficient d'une prise en charge précoce qui limiterait l'aggravation des troubles. On peut supposer qu'une intervention précoce type GPM est possible, avant l'accumulation de comorbidités croissantes ou d'une invalidité chronique. (19,50).

L'utilisation de la forme brève du GPM pourrait répondre à la demande continue des services d'hospitalisation ou d'urgence. Le GPM, associé à la gestion médicamenteuse peut être la méthode de choix pour aider les patients souffrant de TPB à se préparer à une thérapie spécialisée ultérieure, ou à toute autre option de traitement, (19).

Les modèles de soins par étapes comme celui-ci peuvent être adaptés à n'importe quel environnement (individuel, en groupe, au décours de situations aiguës) et fournir un cadre général d'intervention (131). Ainsi, les traitements généralistes comme le GPM ne sont donc pas à envisager comme une approche concurrente directe des psychothérapies spécialisées fondées sur des preuves mais plutôt comme un modèle complémentaire, facilitant les prises en charge précoces et la prévention ; les thérapies spécialisées restant un traitement de choix du TPB mais pouvant être trop intensives ou trop difficiles d'accès pour une intervention précoce (55,117).

D'après plusieurs études, l'ambulatoire est à préférer dans la prise en charge des patients avec TPB (113). En effet, le respect des contraintes liées à l'hospitalisation (règles du service, difficultés dans l'interaction avec les autres patients et les soignants) est souvent source de plusieurs difficultés (117). En pratique, les patients avec TPB se retrouvent souvent dans des services d'hospitalisation du fait de leurs comportements auto-agressifs ou suicidaires (85). Selon une étude de Widiger et al. (2015) (23), 72 % des patients souffrant de TPB seront hospitalisés au moins une fois en service de psychiatrie au cours de leur vie, et une grande partie d'entre eux seront réadmis à plusieurs reprises.

Ces hospitalisations pour gestion de la crise suicidaire peuvent permettre une stabilisation avec reprise d'une prise en charge psychiatrique adaptée (117).

Initier le GPM pour les patients atteints de TPB dans une unité de soins présenterait l'avantage de diminuer l'importance des symptômes de TPB chez ces patients, notamment ceux présentant un risque suicidaire élevé, et de sensibiliser les différents intervenants à la prise en charge de cette population de patients, ceux-ci se trouvant parfois démunis face aux hospitalisations à répétition de certains patients (47).

Un certain nombre de traitements fondés sur des preuves existent pour le TBP, mais ceux-ci nécessitent généralement une formation approfondie et sont difficiles à diffuser pour répondre à la prévalence du TPB et la forte utilisation des services médicaux et psychiatriques que cela engendre (65).

Ainsi, le traitement « gold standard » dans la prise en charge de ce trouble est la Thérapie Comportementale Dialectique (87) et nécessite plusieurs semaines de formation coûteuse et de participation à des stages. De même, la Thérapie Basée sur la Mentalisation (6), la Psychothérapie Centrée sur le Transfert (64) ou encore la Psychothérapie Centrée sur les Schémas (123) qui ont fait leurs preuves dans la prise en charge du TPB, nécessitent également un apprentissage et une supervision approfondies (19,31).

En comparaison, la formation GPM, se déroule sur une journée et est conçue pour être facilement diffusée dans les établissements psychiatriques. Elle est donc plus facilement accessible pour les cliniciens (91).

La stigmatisation et les idées fausses autour du TPB, créent des obstacles supplémentaires à la diffusion de soins efficaces pour ces patients (32). Par exemple, il a été démontré que les attitudes négatives à l'égard des patients atteints de TBP parmi les infirmiers travaillant en psychiatrie, diminuaient l'efficacité des soins que ces patients recevaient (35). Les personnes atteintes de TPB sont en effet confrontées aux fausses croyances, aux idées négatives et à la réticence de les traiter de la part des cliniciens en santé mentale (112). Plusieurs études (13,56) ont d'ailleurs démontré que beaucoup de cliniciens n'appréciaient pas de prendre en charge les patients atteints de TPB et exprimaient plus d'hostilité et moins d'empathie envers eux en comparaison avec les patients présentant d'autres diagnostics.

Les développements récents en matière de traitements psychothérapeutiques, avec une approche généraliste structurée type GPM, pourraient donc aider à lever ces obstacles dans la prise en charge du TPB, liés à la fois à l'accès aux traitements en eux-mêmes ainsi qu'à la stigmatisation générée par la symptomatologie des patients souffrant de TPB (77,113).

La facilité d'accès à la formation GPM pourrait rendre les soins plus accessibles en augmentant le nombre de cliniciens formés pour traiter le TPB. De plus, la diffusion de la formation GPM pourrait également réduire les obstacles associés à la stigmatisation du TPB chez les cliniciens (65,91).

Cette hypothèse a été confirmée après évaluation de la formation GPM articulée en une seule journée didactique avec vidéos et discussions de cas. Dans une étude portant sur 297 agents en santé mentale, Keuroghlian et al. (2016) (65) ont constaté qu'une formation GPM d'une journée améliorerait leur confiance dans leur capacité à traiter le TPB, diminuait leur aversion pour ce trouble et leur motivation à éviter les personnes atteintes de TPB et atténuait considérablement les fausses croyances et les idées négatives courantes sur la pathologie borderline. Outre cette recherche spécifique, des travaux antérieurs ont démontré que la formation avait une influence positive sur les attitudes vis-à-vis du TPB chez les infirmiers (111).

La formation GPM porte un message clair d'espoir et est destinée à aider les cliniciens à se sentir plus compétents pour traiter le TPB.

Il est donc possible d'avoir un impact positif sur les attitudes des cliniciens à propos du TPB. Une autre étude (91) a étendu les résultats précédents et a ainsi prouvé qu'une formation d'une seule journée au GPM peut entraîner de vrais changements chez les cliniciens qui perdurent au moins 6 mois et ne sont pas uniquement expliqués par la motivation des cliniciens à changer d'attitude immédiatement après la formation.

En conclusion, à court terme la version psychothérapeutique brève du GPM est un moyen prometteur pour fournir des soins adaptés à un plus grand nombre de patients atteints de TPB.

Les orientations futures de la recherche pourraient inclure l'adaptation brève du GPM à d'autres troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité narcissique (47) ou encore étudier la comparaison de thérapies brèves GPM avec d'autres formes brèves de traitements ayant fait leurs preuves tels que la Thérapie Comportementale Dialectique.

Il pourrait également être envisagé la mise en place de thérapies brèves type GPM dans des structures spécialisées telles que les Hôpitaux De Jour pour les patients atteints de TPB, comme cela a été développé dans l'adaptation de Mc Quillan et al., 2005. (96)

Après examens des différents travaux étudiés ici, de futures études pourraient être réalisées avec des populations plus représentative du TPB en population générale. L'étude de populations adolescentes pourrait être également pertinente. Il existe quelques travaux s'intéressant en particulier aux populations adolescentes mais ils n'ont pas été sélectionné dans cette revue de la littérature du fait des critères d'exclusion (58). De même, de prochaines études pourraient s'intéresser à l'utilité économique de mettre en place un modèle de thérapie brève GPM pour patient avec TPB, ainsi qu'au rapport coût-efficacité de ces psychothérapies.

Enfin, il pourrait également être intéressant de comparer l'impact de thérapies brèves basées sur le GPM mises en place en hospitalisation à une utilisation en population ambulatoire, sur une durée comparable.

## VI. CONCLUSION :

L'objectif de cette revue de la littérature systématique était de faire un point actuel sur les interventions brèves modèle GPM dans la prise en charge des patients avec TPB.

Cette recherche nous a permis de découvrir les travaux de plusieurs équipes ayant adapté le GPM à leurs conditions d'exercice. Les durées de ces thérapies allaient d'une période de six semaines à quatre mois (dix séances) et ont toutes démontré des effets bénéfiques sur la prise en charge de sujets atteints de TPB.

La prise en charge des personnes avec TPB est souvent difficile. En pratique, l'adhésion à un traitement ambulatoire au long cours est particulièrement compliqué pour cette population de patients et c'est pourtant ce type de prise en charge qui leur est très souvent automatiquement proposée après plusieurs mois d'attente.

Il était donc important de pouvoir développer un traitement adapté, capable de diminuer l'intensité des symptômes et des difficultés de ces patients en tenant compte des limites techniques, humaines et financières de terrain.

Comme nous avons pu le constater au cours de cette revue de la littérature, les applications brèves du GPM sont efficaces et présentent de nombreux avantages.

Parmi ces principaux bénéfices, ont été retrouvés une rentabilité clinique quasi immédiate, une grande facilité d'accès pour les patients ainsi que pour les thérapeutes, une possible association avec une psychothérapie intensive à plus long terme et un impact sur la consommation de soins avec une nette diminution de la sollicitation des soins d'urgences par les patients avec un TPB en bénéficiant.

De la même façon, les thérapies brèves basées sur le GPM permettent d'augmenter la collaboration au sein des équipes cliniques de soin, avec des exigences de formation réalisables et faciles à mettre en place.

En ce sens, et après avoir analysé les différents articles retrouvés sur le sujet, nous pouvons donc conclure au terme de ce travail qu'en l'absence de possibilité technique, symptomatologique, humaine ou financière de proposer un traitement psychothérapeutique à

long terme à un patient souffrant d'un TPB, il est indiqué de lui proposer un traitement psychothérapeutique généraliste et structuré tel qu'une thérapie brève basée sur le GPM pour qu'il ait accès à une intervention raisonnable, adaptée à son état clinique et ayant fait ses preuves afin de lui permettre d'être accompagné dans la gestion et la diminution de l'intensité de ses troubles.

Le mode de mise en œuvre facile et flexible de ces adaptations du GPM permet qu'elles puissent concerner toutes les unités de soin, tant les unités d'urgences, que les unités d'hospitalisation ou de soins ambulatoires.

A l'issue de cette étude, nous faisons également le constat qu'il est important de personnaliser la médecine et la psychiatrie en procédant par une méthode de soins par paliers, organisée en étapes de soins, adaptées aux capacités et aux besoins spécifiques de chaque patient, débutant par une approche généraliste structurée pour se développer et s'affiner vers une approche spécifique individualisée à plus ou moins long terme.

A l'avenir, la recherche devra s'attacher à établir des profils parmi les patients souffrant de TPB afin d'adapter au mieux la psychothérapie leur étant proposée.

## VII. BIBLIOGRAPHIE :

1. Alden L, Wiggins J, Pincus A. Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J of Personality Assessment*. 1 déc 1990;55(3):521-36.
2. Allen, J. G., & Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc.
3. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. mars 2014;40:6-19.
4. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. oct 2001;158(10 Suppl):1-52.
5. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*. sept 2006;14(5):249-56.
6. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. févr 2010;9(1):11-5.
7. Bergeret J. *La Dépression et les états limites*, Paris, Payot. 1975.
8. Bergeret J. *Psychanalyse et universalité interculturelle*. *Revue française de psychanalyse*. 1993;57(3):809-40.
9. Berthoud L, Kramer U, de Roten Y, Despland JN, Caspar F. Using Plan Analysis in Psychotherapeutic Case Formulation of Borderline Personality Disorder: Plan Analysis For Borderline Personality Disorder. *Clin Psychol Psychother*. janv 2013;20(1):1-9.
10. Berthoud L, Pascual-Leone A, Caspar F, Tissot H, Keller S, Rohde KB, et al. Leaving Distress Behind: A Randomized Controlled Study on Change in Emotional Processing in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*. 3 avr 2017;80(2):139-54.
11. Blum N, St. John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *AJP*. avr 2008;165(4):468-78.
12. Boritz T, Barnhart R, McMains SF. The Influence of Posttraumatic Stress Disorder on Treatment Outcomes of Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. juin 2016;30(3):395-407.
13. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1996;33(3):372-80.
14. Caspar F, Moix E. *L'analyse des plans : une approche intégrative de conceptualisation*

des cas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2006;16(4):151-6.

15. Chabert C., Brusset B., Brelet-Foulard F. *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod, 2006.
16. Chaîne F, Guelfi JD. *Etats limites – perspectives psychiatriques (147ko-10pages).pdf*; Disponible sur: [https://psychaanalyse.com/pdf/etats%20limites%20-%20perspectives%20psychiatriques%20\(147%20ko%20-%2010%20pages\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/etats%20limites%20-%20perspectives%20psychiatriques%20(147%20ko%20-%2010%20pages).pdf)
17. Chapman AL, Hope NH, Turner BJ. *Borderline Personality Disorder*. In: Lejuez CW, Gratz KL, éditeurs. *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* [Internet]. 1<sup>re</sup> éd. Cambridge University Press; 2020 [cité 19 août 2022]. p. 223-41. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/product/identifieur/9781108333931%23CN-bp-37/type/book\\_part](https://www.cambridge.org/core/product/identifieur/9781108333931%23CN-bp-37/type/book_part)
18. Cheval S, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD, Rouillon F. *L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2009;167(5):347-54.
19. Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. *Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care*. *Harv Rev Psychiatry*. sept 2016;24(5):342-56.
20. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. *What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder*. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017;4(1):21-30.
21. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. *Prototypic typology and the Borderline Personality Disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*. août 1983;92(3):263-75.
22. Collet L, Cottraux J. *Inventaire-abrege-de-la-depression-de-Beck-13-items-Etude-de-la-validite-concurrente-avec-les-echelles-de-Hamilton-et-de-ralentissement-de-Widloecher-The-shortened-Beck-Depression-Inventory-Study-o.pdf*.
23. Crego C, Widiger TA. *Five Factor Model of Personality, Personality Disorder*. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 18 août 2022]. p. 242-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780080970868250654>
24. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2017;74(4):319.
25. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory*. *Psychological Bulletin*. 2009;135(3):495-510.
26. D P Bernstein et al. *Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents*. *AJP*. août 1993;150(8):1237-43.
27. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC.

- Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*. avr 2018;262:70-7.
28. De Moor MHM, Distel MA, Trull TJ, Boomsma DI. Assessment of borderline personality features in population samples: Is the Personality Assessment Inventory–Borderline Features scale measurement invariant across sex and age? *Psychological Assessment*. mars 2009;21(1):125-30.
  29. Edmond Gillieron. Le premier entretien en psychothérapie [Internet]. 2022 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/premier-entretien-en-psychotherapie>
  30. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. déc 2018;41(4):561-73.
  31. Eomans Y , Larkin C, Kernberg F. 2002, A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient, Jason Aronson, New Haven.
  32. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*. juin 2015;14(2):137-50.
  33. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*. oct 2015;29(5):575-609.
  34. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. nov 2015;24(11):1307-20.
  35. Fraser K, Gallop R. Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. déc 1993;7(6):336-41.
  36. Granger B., Karaklic D. (2012). *Les Borderlines*, Paris, Odile Jacob.
  37. Granger B. *Borderlines* - Éditions Odile Jacob [Internet]. [www.odilejacob.fr](http://www.odilejacob.fr). [cité 19 août 2022]. Disponible sur: [https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychiatrie/borderlines\\_9782738131232.php](https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychiatrie/borderlines_9782738131232.php)
  38. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 15 avr 2008;69(4):533-45.
  39. Green A. (1990). *La folie privée*, Paris, Gallimard, Folio.
  40. Grenyer B. An integrative relational step-down model of care: The Project Air Strategy for Personality Disorders. *ACPARIAN (Australian Clinical Psychologist)*. 1 jan 2014;9:8-13.

41. Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. van Wouwe JP, éditeur. PLoS ONE. 6 nov 2018;13(11):e0206472.
42. Gunderson JG. Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.appi.org/Products/Personality-Disorders/Handbook-of-Good-Psychiatric-Management-for-Border>
43. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 1 mai 2009;166(5):530-9.
44. Gunderson JG. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1 août 2011;68(8):827.
45. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 7 juin 2018;4(1):18029.
46. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*. févr 2008;22(1):22-41.
47. Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*. juin 2018;21:127-31.
48. Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Association.
49. Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Association Publishing.
50. Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Association Publishing.
51. Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric Comorbidity in Hospitalized Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 15 mai 2014;75(05):e457-64.
52. Hasler G, Hopwood CJ, Jacob GA, Brändle LS, Schulte-Vels T. Patient-reported outcomes in borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 30 juin 2014;16(2):255-66.
53. Hastrup LH, Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J, Simonsen E. Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand*. nov 2019;140(5):458-67.
54. Hildenbrand AK, Nicholls EG, Aggarwal R, Brody-Bizar E, Daly BP. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). In: Cautin RL, Lilienfeld SO, éditeurs. *The Encyclopedia of Clinical Psychology* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2015 [cité 18 août 2022]. p. 1-5. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118625392.wbecp495>

55. Holmqvist R. Staff Feelings and Patient Diagnosis. *Can J Psychiatry*. mai 2000;45(4):349-56.
56. Holmqvist R, Armelius K. Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *J Clin Psychol*. avr 2000;56(4):475-90.
57. Huxley E, Lewis KL, Coates AD, Borg WM, Miller CE, Townsend ML, et al. Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. *BMC Psychiatry*. déc 2019;19(1):341.
58. Ilagan GS, Choi-Kain LW. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. févr 2021;37:1-6.
59. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*. juill 2003;44(4):284-92.
60. Kaplan JT, Gimbel SI, Harris S. Neural correlates of maintaining one's political beliefs in the face of counterevidence. *Sci Rep*. déc 2016;6(1):39589.
61. Keefe JR, Kim TT, DeRubeis RJ, Streiner DL, Links PS, McMMain SF. Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management. *Psychol Med*. août 2021;51(11):1829-37.
62. Keller S, Stelmazczyk K, Kolly S, de Roten Y, Despland JN, Caspar F, et al. Change in Biased Thinking in a Treatment Based on the Motive-Oriented Therapeutic Relationship for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. janv 2018;32(Supplement):75-92.
63. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc*. juill 1967;15(3):641-85.
64. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*. juin 2008;89(3):601-20.
65. Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, Borba CPC, Links PS, Gunderson JG. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. août 2016;30(4):567-76.
66. Kivity Y, Levy KN, Kolly S, Kramer U. The Therapeutic Alliance Over 10 Sessions of Therapy for Borderline Personality Disorder: Agreement and Congruence Analysis and Relation to Outcome. *Journal of Personality Disorders*. févr 2020;34(1):1-21.
67. Knopf IJ. Review of The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions. *Contemporary Psychology: A Journal of Reviews*. déc 1968;13(12):664-664.
68. Kolla NJ, Links PS, McMMain S, Streiner DL, Cardish R, Cook M. Demonstrating Adherence to Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. mars 2009;54(3):181-9.

69. Kolly S, Despland JN, de Roten Y, Marquet P, Kramer U. Therapist Adherence to Good Psychiatric Practice in a Short-Term Treatment for Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis.* juill 2016;204(7):489-93.
70. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry.* juill 2008;49(4):380-6.
71. Kramer U. Case formulation for personality disorders: tailoring psychotherapy to the individual client. 2019.
72. Kramer U. Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychotherapy Research.* 4 mai 2019;29(3):324-36.
73. Kramer U, Berger T, Kolly S, Marquet P, Preisig M, de Roten Y, et al. Effects of Motive-Oriented Therapeutic Relationship in Early-Phase Treatment of Borderline Personality Disorder: A Pilot Study of a Randomized Trial. *Journal of Nervous & Mental Disease.* avr 2011;199(4):244-50.
74. Kramer U, Grandjean L, Beuchat H, Kolly S, Conus P, de Roten Y, et al. Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials.* déc 2020;21(1):335.
75. Kramer U, Keller S, Caspar F, de Roten Y, Despland JN, Kolly S. Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* mai 2017;85(5):530-5.
76. Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, et al. Effects of Motive-Oriented Therapeutic Relationship in a Ten-Session General Psychiatric Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2014;83(3):176-86.
77. Kramer U, Kolly S, Charbon P, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Brief psychiatric treatment for borderline personality disorder as a first step of care: Adapting general psychiatric management to a 10-session intervention. *Personal Disord.* 13 sept 2021;
78. Kramer U, Kolly S, Maillard P, Pascual-Leone A, Samson AC, Schmitt R, et al. Change in Emotional and Theory of Mind Processing in Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *J Nerv Ment Dis.* déc 2018;206(12):935-43.
79. Kramer U, Pascual-Leone A. Self-Knowledge in Personality Disorders: An Emotion-Focused Perspective. *Journal of Personality Disorders.* juin 2018;32(3):329-50.
80. Laporte L, Paris J, Bergevin T, Fraser R, Cardin JF. Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder: Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health.* août 2018;12(3):252-64.
81. Lee CH. Applications of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. *Psychoanalysis.* 31 janv 2021;32(1):36-7.

82. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. janv 2011;377(9759):74-84.
83. Lenzenweger MF. Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. sept 2008;31(3):395-403.
84. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. sept 2007;62(6):553-64.
85. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*. sept 2006;18(3):303-12.
86. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 mai 2015;72(5):475.
87. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
88. Linehan, Marsha M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* [Internet]. Guilford Press. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839>
89. Maillard P, Dimaggio G, Berthoud L, Roten Y, Despland J, Kramer U. Metacognitive improvement and symptom change in a 3-month treatment for borderline personality disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. juin 2020;93(2):309-25.
90. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E, et al. Patterns of Comorbidity among DSM-III-R Personality Disorders. *Psychopathology*. 2000;33(2):69-74.
91. Masland SR, Price D, MacDonald J, Finch E, Gunderson J, Choi-Kain L. Enduring Effects of One-Day Training in Good Psychiatric Management on Clinician Attitudes About Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*. nov 2018;206(11):865-9.
92. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. *AJP*. mai 2005;162(5):883-9.
93. McMain SF, Fitzpatrick S, Boritz T, Barnhart R, Links P, Streiner DL. Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*. août 2018;32(4):497-512.
94. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality

- Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up. *AJP*. juin 2012;169(6):650-61.
95. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *AJP*. déc 2009;166(12):1365-74.
  96. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *PS*. févr 2005;56(2):193-7.
  97. Melartin T, Häkkinen M, Koivisto M, Suominen K, Isometsä E. Screening of psychiatric outpatients for borderline personality disorder with the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Nordic Journal of Psychiatry*. janv 2009;63(6):475-9.
  98. Orcutt C. Le trouble limite du soi: l'approche de Masterson. *smq*. 12 juin 2008;22(1):69-86.
  99. Paris J. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
  100. Paris J. Pharmacological treatments for personality disorders. *International Review of Psychiatry*. juin 2011;23(3):303-9.
  101. Paris J. Stepped Care: An Alternative to Routine Extended Treatment for Patients With Borderline Personality Disorder. *PS*. oct 2013;64(10):1035-7.
  102. Paris J, Lis E. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcult Psychiatry*. févr 2013;50(1):140-51.
  103. Penzenstadler L, Kolly S, Rothen S, Khazaal Y, Kramer U. Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. déc 2018;13(1):10.
  104. Perneger TV, Combescure C, Courvoisier DS. General Population Reference Values for the French Version of the EuroQol EQ-5D Health Utility Instrument. *Value in Health*. juill 2010;13(5):631-5.
  105. Pines M. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. By Otto Kernberg. New York: Jason Aronson. 1975. Pp 361. Price \$15.00. *The British Journal of Psychiatry*. août 1977;131(2):212-3.
  106. Pontalis JB. Les mots du psychanalyste. *Social Science Information*. avr 1967;6(2-3):39-53.
  107. Quattrini G, Pini L, Pievani M, Magni LR, Lanfredi M, Ferrari C, et al. Abnormalities in functional connectivity in borderline personality disorder: Correlations with metacognition and emotion dysregulation. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. janv 2019;283:118-24.
  108. Reed LI, Fitzmaurice G, Zanarini MC. The course of positive affective and cognitive

- states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study: Positive affective and cognitive states in BPD. *Personality and Mental Health*. nov 2012;6(4):281-91.
109. Ridolfi ME, Rossi R, Occhialini G, Gunderson JG. A Randomized Controlled Study of a Psychoeducation Group Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 31 déc 2019 [cité 17 août 2022];81(1). Disponible sur: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2020/v81/19m12753.aspx>
  110. Russell I. The borderland of insanity /. :16.
  111. S A Miller , N C Davenport. Increasing staff knowledge of and improving attitudes toward patients with borderline personality disorder. *PS*. mai 1996;47(5):533-5.
  112. Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black DW. Can Negative Attitudes toward Patients with Borderline Personality Disorder Be Changed? The Effect of Attending a Stepps Workshop. *Journal of Personality Disorders*. déc 2011;25(6):806-12.
  113. Signer S, Estermann Jansen R, Sachse R, Caspar F, Kramer U. Social interaction patterns, therapist responsiveness, and outcome in treatments for borderline personality disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract* [Internet]. 4 oct 2019 [cité 19 août 2022]; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papt.12254>
  114. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*. juin 2002;51(12):936-50.
  115. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and Implications. *Journal of Personality Disorders*. oct 2005;19(5):487-504.
  116. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory. In: Weiner IB, Craighead WE, éditeurs. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2010 [cité 18 août 2022]. p. corpsy0942. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479216.corpsy0942>
  117. Stéphane Kolly, Patrick Charbon, Ueli Kramer. Trouble de la personnalité borderline - Pratiques thérapeutiques | Livre | 9782294762666 [Internet]. Elsevier Masson SAS. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/trouble-de-la-personnalite-borderline-pratiques-therapeutiques-9782294762666.html>
  118. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 4 mai 2020 [cité 18 août 2022];2020(11). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
  119. Unruh BT, Gunderson JG. “Good Enough” Psychiatric Residency Training in Borderline Personality Disorder: Challenges, Choice Points, and a Model Generalist Curriculum. *Harv Rev Psychiatry*. sept 2016;24(5):367-77.
  120. Vaillant GE. The Beginning of Wisdom Is Never Calling a Patient a Borderline; or, The

- Clinical Management of Immature Defenses in the Treatment of Individuals With Personality Disorders. *J Psychother Pract Res.* 1992;1(2):117-34.
121. Wnuk S, McMains S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. Factors Related to Dropout From Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders.* déc 2013;27(6):716-26.
  122. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study: *The Journal of Nervous and Mental Disease.* août 2002;190(8):510-8.
  123. Young JE, Weishaar ME, Klosko JS. La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité. De Boeck Supérieur; 2017. 531 p.
  124. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2014;130(3):205-13.
  125. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* mars 2000;23(1):89-101.
  126. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 Years. *J Clin Psychiatry.* 15 janv 2004;65(1):28-36.
  127. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *AJP.* juin 2010;167(6):663-7.
  128. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry.* janv 1989;30(1):18-25.
  129. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients: *The Journal of Nervous and Mental Disease.* juin 2002;190(6):381-7.
  130. Zimmerman M, Mattia JI. Differences Between Clinical and Research Practices in Diagnosing Borderline Personality Disorder. *AJP.* oct 1999;156(10):1570-4.
  131. Zufferey P, Caspar F, Kramer U. The Role of Interactional Agreeableness in Responsive Treatments for Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders.* oct 2019;33(5):691-706.
  132. ANAES-2000.pdf [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <http://www.hosmat.fr/hosmat/bonnes-pratiques/accreditation/ANAES-2000.pdf>
  133. Borderline-Personality-Disorder-Scale.pdf [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://huibee.com/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Borderline-Personality-Disorder-Scale.pdf>

134. CIM-11.classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. onzieme édition.2022.328p.
135. DSM-III:diagnostic and statistical manual of mental disorders american psychiatric association 1980.494p.
136. DSM-IV:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 1994.886p.
137. DSM-V:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 2013.991p.

**Vu, le Directeur de Thèse :**

**Dr François KAZOUR**

**Psychiatre**

**CHRU de Tours**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'FK' with a flourish, positioned below the text of the Director of Thesis.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de  
Tours Tours, le**

**CAMUS Francis****Pages : 78, Tableaux : 3, Figures : 3****Résumé :**

**Introduction :** Le Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) représente 0,5 à 5,9 % de la population générale et sa prise en charge nécessite d'importants moyens humains et financiers, pouvant complexifier l'accès et l'efficacité des soins. On constate actuellement chez les patients souffrant de TPB, qu'il existe un écart important entre leur demande de soins grandissante et les possibilités d'accès aux traitements ayant prouvé leur efficacité. Cela pointe la nécessité de développer d'autres approches de soins pour s'adapter aux besoins de ces patients. Actuellement sont développées des interventions brèves, basées sur le modèle du « Good Psychiatric Management » (GPM), moins intensives, plus faciles à mettre en œuvre et moins coûteuses. Nous avons donc réalisé une revue systématique de la littérature des études évaluant l'efficacité de ces interventions brèves sur le modèle du GPM dans la prise en charge des patients adultes souffrant de TPB.

**Méthode :** Les recherches ont été effectuées, sans limite de temps, à partir des bases de données Pubmed, ScienceDirect, Cochrane et ClinicalTrials. Les mots clés utilisés ont été : Borderline personality disorder / Borderline et Good psychiatric management / Good psychiatric management / GPM. Les critères d'inclusion sélectionnaient les études évaluant l'efficacité de formes brèves de thérapies GPM sur la symptomatologie de patients adultes souffrant de TPB, publiées en anglais ou en français. La sélection des articles s'est faite à la lecture du titre puis du résumé des études, en respectant les critères PRISMA.

**Résultats :** Avec cette méthode, cinq articles ont pu être sélectionnés, évaluant des prises en charge de 6 à 10 séances, d'une durée maximum de quatre mois. Les interventions brèves évaluées se différenciaient sous plusieurs formes, adaptées aux situations cliniques : le traitement en phase aiguë, l'investigation clinique détaillée et la psychothérapie brève.

**Conclusions :** Ces études ont montré que l'ensemble de ces interventions brèves avait un impact positif sur la prise en charge des patients souffrant d'un TPB. Les bénéfices observés concernaient une amélioration de leur symptomatologie, de l'alliance thérapeutique, de la pratique des cliniciens face à ce trouble et une baisse des recours aux services de soins d'urgence. Ces résultats suggèrent que ces thérapies brèves pourraient être diffusées plus largement et à moindre coût, tant sur le plan financier qu'humain, facilitant ainsi la prise en charge des patients souffrant d'un TPB.

**Mots clés :** Trouble de la Personnalité Borderline, Good psychiatric management, GPM, thérapies brèves

**Jury :**

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS  
Directeur de thèse : Docteur François KAZOUR  
Membres du Jury : Professeur Thomas DESMIDT  
Docteur Hamid AKRAM  
Docteur Pierre-Guillaume BARBE

Date de soutenance : 13 septembre 2022