



PSYCHIATRIE

Trouble borderline, quelle réalité médicale?

Invoqué tous azimuts dans le grand public, le trouble borderline correspond en fait à un trouble de l'attachement inscrit dans le DSM depuis les années 1980. Si son diagnostic est de mieux en mieux codifié, il reste difficile dans la pratique.

Création de centres dédiés à la pathologie, multiplication des sessions de congrès sur la maladie, mais aussi prolifération d'informations sur l'affection sur internet... Le trouble de personnalité borderline, aussi appelé état limite, fait de plus en plus parler de lui. Si bien que le terme semble tombé dans le langage populaire, «comme celui de pervers narcissique», remarque le psychothérapeute et psychologue Pierre Nantas, président de l'Association pour la formation et la promotion de l'état limite (Aforpel). Mais quelle est la réalité médicale sous-jacente?

Des critères diagnostiques bien définis

Comme le précise le Dr Déborah Ducasse, psychiatre et responsable du centre de thérapie des troubles de l'humeur et émotionnels/borderline, récemment construit au CHU de Montpellier, ce terme répond à une définition précise. «Nommé pour la première fois en 1938 et considéré comme une maladie mentale depuis son intégration au DSM-III dans les années 1980, le trouble est aujourd'hui inscrit au DSM-V, qui propose neuf critères diagnostiques - dont au moins cinq doivent être remplis.» Parmi ces critères: des «efforts effrénés pour éviter des abandons», un «mode de relation instable et intense», une «perturbation de l'identité», une «impulsivité», des «comportements suicidaires (...) ou d'automutilation récurrents», une «instabilité affective», ou encore une «colère intense et inappropriée», énumère le manuel de psychiatrie américaine.

cain. Autrement dit, pour les sujets atteints, «tout est dans les extrêmes: noir ou blanc, oui ou non, je t'aime ou je te déteste, etc.», résume Pierre Nantas.

Sur le plan épidémiologique, le phénomène est loin d'être anecdotique puisque 2 à 4 % de la population seraient concernés. Un chiffre qui atteindrait 15 à 20 % dans les hôpitaux psychiatriques, voire 70 % dans les prisons, rapporte Pierre Nantas.

En outre, ses complications peuvent être lourdes: suicides, auto-mutilations, mais aussi addictions, infections sexuellement transmissibles et grossesses non désirées - «les patients borderline pouvant manifester des comportements sexuels à risque», souligne Pierre Nantas.

D'où l'intérêt du repérage précoce en médecine générale. D'autant que se dégagent des traitements étiologiques spécifiques. Si les mesures pharmacologiques sont inefficaces, la psychothérapie, et plus précisément la thérapie comportementale dialectique (TCD), qui est une TCC de 3^e vague, est définie comme un *gold standard* par la littérature internationale, indique le Dr Ducasse.

Une confusion avec le trouble bipolaire

Mais, pour le moment, le trouble reste sous-diagnostiqué et sous-traité, estiment les deux spécialistes. «La France est en retard, en particulier par rapport au Canada, l'Allemagne, la Belgique, la Suisse ou l'Italie», insiste Pierre Nantas. En cause: un manque de formation à la prise en charge de la pathologie comme à son diagnostic - complexe et encore confondu avec d'autres affections (qui peuvent aussi l'accompagner): autres troubles de la personnalité, TDAH... et surtout



trouble bipolaire. Or ces deux affections sont bien distinctes. Conceptuellement, l'une relève d'un trouble de l'humeur, et l'autre d'un trouble de la personnalité, de la régulation des émotions et de l'attachement, insiste le Dr Ducasse. Et cliniquement, alors que la bipolarité se manifeste par une alternance de longues phases dépressives et maniaques, dans le trouble borderline, l'instabilité affective est plus rapide, suggère Pierre Nantas.

Plus globalement, la psychiatre

et le psychologue regrettent une stratégie diagnostique inappropriée. «Des tests représentant les principaux items du trouble borderline peuvent être appliqués, mais cocher des cases sans comprendre le lien entre les symptômes peut induire en erreur», déplore le Dr Ducasse. «L'anamnèse est essentielle, avec des histoires de vie marquées par

des abandons dans l'enfance, parfois des événements traumatiques (abus sexuels, maltraitances...), une grande instabilité professionnelle, des conflits dans le couple, etc.», ajoute Pierre Nantas.

Persistant par ailleurs des stéréotypes qui n'encouragent pas à la prise en charge. À l'instar de l'idée selon laquelle le trouble se résoudrait toujours avec l'âge - ce qui peut se vérifier dans nombre de cas, suggère la psychiatre, mais pas systématiquement. «Certains de mes patients ont cinquante ans», rapporte Pierre Nantas.

S'ajoutent des obstacles relationnels au diagnostic et à la prise en charge: comme avec leurs proches, qu'ils provoquent sans cesse pour tester leur fidélité, les sujets présentant un trouble borderline «transgressent» aussi avec leurs médecins. ■

Irène Lacamp