



Armin Miller

permettre de grandir dans un collectif, protecteur, sont questionnés aujourd'hui. »  
Avec un sentiment d'isolement vécu parfois au sein même des familles : « Quand je demande à ces jeunes patients s'ils parlent de leur mal-être à leurs parents, la réponse est souvent la même. "Je ne veux pas les inquiéter", dit-elle encore. Comme si nous-mêmes, adultes, apparitions trop fragiles.

**DÉPRESSIONS DE PLUS EN PLUS PRÉCOCES**  
S'y ajoutent les facteurs attendus de risques : les troubles ou maladies psychiatriques (anxiété, dépression, schizophrénie...) qui apparaissent souvent à cet âge, la précarité, les violences... Le psychologue Guy Benamozig insiste aussi sur « l'intériorisation des crises de répétition », le « poids des addictions » et le « sentiment d'enfermement », à l'heure où les réseaux sociaux et les écrans donnent pourtant l'impression d'être hyperconnecté. « Ces outils peuvent avoir des effets positifs, concède-t-il, mais aussi nourrir une incapacité à se poser, à réfléchir, à mentalliser. » Guy Benamozig a créé, en 2015, l'association LaVita, qui propose gratuitement aux 13-25 ans une prise en charge « en ville », financée par des fonds privés, avec l'objectif de la faire entrer dans un parcours de soins en réseau sur cinq mois au moins.

Si ce psychologue perçoit bien dans la période Covid-19 un « tournant », il évoque aussi des effets de long terme avec, avant même la crise sanitaire, des dépressions de plus en plus tôt. La pédiatre Christèle Gras-Le Guen, au CHU de Nantes, abonde : « Avant, les idées noires, les tentatives de suicide concernaient plutôt des jeunes de 14-15 ans. Maintenant, la majorité a plutôt entre 11 et 14 ans, avec une singularité : on voit plus de filles que de garçons – quand les morts par suicide sont plus des garçons que des filles.

Comme d'autres professionnels, elle use de prudence sur les liens de causalité à effet avec la crise du Covid-19. « Il y a eu un effet accélérateur, on a vu un afflux d'enfants qui allaient mal, après cette période où ils ont été privés de tout, de lien social, d'école, d'amis... Mais si la détérioration de leur santé mentale n'était qu'un effet du confinement, maintenant qu'il s'éloigne, on devrait aujourd'hui constater de premiers signes d'amélioration. Or il n'en est rien : c'est même tout l'inverse », pointe la cheffe du service pédiatrie, qui rappelle que le phénomène dépasse l'Hexagone et touche d'autres pays d'Europe ou l'Amérique du Nord.

Certaines publications scientifiques ont aussi rappelé, à partir de données de pandémies précédentes, que l'impact sur la santé mentale peut intervenir souvent à distance de la crise, parfois des années après. Marie-Odile Krebs, cheffe du pôle hospitalo-univer-

**A Toulouse, émoi après le suicide d'un patient**

Dix jours après le suicide d'un patient aux urgences psychiatriques de l'hôpital Purpan (CHU de Toulouse), le 14 février, l'émotion chez les soignants ne retombe pas. L'homme de 49 ans, sur un brancard depuis dix jours, attendait un lit pour être hospitalisé en psychiatrie. Sur place, le 20 février, le ministre délégué à la santé, Frédéric Vallières, a annoncé une mission proche de l'inspection générale des affaires sociales, et confirmé l'ouverture de 15 lits d'hospitalisation de « post-urgences », promise par la direction du CHU et l'agence régionale de santé au lendemain du drame. Le ministre a également appelé à des « mesures fermes » en direction du secteur privé, qui représente les trois quarts de l'offre de psychiatrie du territoire.

Deux tiers des 58 membres de l'équipe d'infirmiers et d'aides-soignants étaient en arrêt-maladie, au 23 février. Le plan blanc, prévu pour les situations de crise, a été déclenché par l'hôpital, le 20 février. « Les soignants ont vécu deux semaines horribles », rapporte Julien Terrier, secrétaire de la CGT dans l'établissement. Ils se sentent fortement coupables, c'est leur patient, même s'ils n'y sont pour rien, mais aussi en colère parce que ça fait des années qu'ils alertent sur cette situation. »

sitaire évaluation, prévention et innovation thérapeutique au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences, fait valoir un autre élément : le « trou dans la raquette » dans l'accès aux soins des 15-18 ans en particulier. Une tranche d'âge durant laquelle les jeunes ne se reconnaissent plus vraiment comme relevant de la pédiopsychiatrie, mais où il est compliqué de les faire basculer vers des services adultes.

« Ces grands ados et jeunes adultes peinent à trouver la bonne porte. Ils nous le disent en consultation et leurs parents aussi : la lisibilité de l'accès aux soins est très insuffisante », souligne cette professeure de psychiatrie, qui dirige un centre d'évaluation pour jeunes adultes et adolescents rencontrant des difficultés psychiques débutantes.

Dans ce service, où la moyenne d'âge des patients est de 19 ans, ceux qui ont été suivis enfants ne l'ont généralement plus été à partir de 15 ou 16 ans, et la plupart arrivent déjà majeurs sans avoir préalablement eu leurs difficultés sur des apparus depuis plusieurs mois ou années. Ces jeunes ont pourtant des besoins, rappelle cette médecin : l'âge de transition correspond au « pic d'urgence » des troubles psychiatriques. Soixante-quinze pour cent d'entre eux apparaissent avant l'âge 25 ans. ■

MAITTEA BATTAGLIA ET CAMILLE STROMBONI

**A Lyon, un centre pour aider les patients atteints du trouble borderline**

L'hôpital Edouard-Herriot propose une prise en charge fondée sur des séances de psychoéducation

REPORTAGE  
LYON - envoyée spéciale

Elise, Marie, Léa, Juliette, Célia, Oriana... Elles sont une petite dizaine à participer, ce lundi de la mi-décembre, à leur première séance de psychothérapie de groupe proposée par le Centre d'aide à la régulation émotionnelle (CARE), un lieu et un dispositif innovants ouverts, en mars 2022, dans le pavillon M de l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon (Hospices civils de Lyon). Ce même bâtiment qui abrite l'unité de psychiatrie de crise.

La proximité n'est pas une coïncidence : toutes – ou presque – ces jeunes femmes (dont le prénom a été modifié) réunies à 14 heures dans la salle d'activité du premier étage du bâtiment ont vécu une hospitalisation en urgence pour une crise suicidaire. De très jeunes femmes – la moitié a entre 18 et 20 ans, la plus âgée a 27 ans – qui ont un autre point commun : avoir été diagnostiquées, durant leurs précédentes hospitalisations, pour un trouble de la personnalité borderline.

Ce trouble, évoqué dès 1938 par le psychanalyste américain Adolph Stern, est encore peu connu. Pourtant on le retrouve chez 9 % des personnes se présentant aux urgences (médicales et psychiatriques), et chez 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie, explique le binôme de soignants, qui inaugure la séance, la psychiatre Emeline Houchois et l'infirmière Aurane Savolle. Une façon d'ancrer leurs souffrances psychiques dans une réalité partagée, sans banaliser. Cette première séance sera suivie d'une vingtaine d'autres, sur six mois, proposées sur la base du volontariat et organisées en plusieurs cycles.

À chaque rencontre, les intervenants changent – médecins, infirmières ou psychologues, tous très impliqués dans le programme depuis son lancement. Mais un même « fil conducteur » inscrit les patientes assises loin que possible dans ce parcours de soins pour leur permettre de comprendre leur trouble. « L'objectif est de la placer en position d'actrices de la thérapie, presque de cothérapeutes, sur le principe de la psychoéducation, pour apaiser le mal-être et éviter la réitération suicidaire. Mais aussi pour ouvrir, dans un rapport collaboratif, un chemin vers la question qu'elles pourront poursuivre en autonomie », explique la psychiatre Christine MAGNIN, à l'initiative du dispositif CARE.

**Possibilités de traitement**  
Le féminin est de rigueur, en tout cas ce lundi. Si le trouble borderline, d'après la littérature scientifique, touche indifféremment les deux sexes, les professionnels de santé (revoient) bien plus de femmes que d'hommes en consultation. Et ce, même si le centre accueille aussi des hommes. Dans la salle d'activité, une question suffit pour lancer la séance et délier les langues : « Comment définiriez-vous le trouble borderline ? », demande la docteure Emeline Houchois. « On n'a pas d'imagerie émotionnelle, répond Marie. On est dans un trop-plein d'émotions, tout le temps, et les crises, par phases, sont très intenses. » On a une dépendance extrême aux autres, rapporte Célia. Vous

sur laquelle ce centre lyonnais a fondé sa prise en charge. Développée par la psychologue américaine Marsha Linehan, qui souffrait elle-même d'un trouble borderline, cette approche thérapeutique a fait ses preuves dans la réduction des symptômes, nous expliquent Florian Perrin, psychologue et co-initiatrice du programme, et Marie-Alix Dessoull, neuropsychologue, lors d'une première visite à l'hôpital Edouard-Herriot, en septembre 2023 : « Elle permet de recréer de la sécurité intérieure et de développer une source d'estime de soi propre, en amenant les patients à distinguer ce qu'ils doivent accepter – leurs émotions – de ce qu'ils peuvent changer – certains comportements. » Avec, souvent, un traitement médicamenteux associé.

« [LE SUICIDE] EST UNE MANIÈRE D'ÉTENDRE LA DOULEUR. ET POURTANT, MOI J'AIME LA VIE... », SOUFFLE UNE PATIENTE

perdez une personne... et vous perdez tout. » Léa ose mettre la question du suicide au cœur de l'échange : « Ces problèmes d'attachement nous poussent à des comportements autodestructeurs », lâche-t-elle. « On préfère parler de comportements autodestructeurs ici », rebondit l'infirmière Aurane Savolle. « On a tellement peur de l'abandon qu'on crée nous-même les conditions pour se faire abandonner, glisse à son tour Juliette. C'est de l'autosabotage. Et on a beau savoir que c'est lié à un trouble, on est comme enfermé dans un schéma... » Rapidement, le petit groupe tombe d'accord sur plusieurs catégories de symptômes – des « critères », disent les soignants. Sentiment de vide, peur de l'abandon, colères intenses... jusqu'aux comportements autodestructeurs comme la prise de drogue, l'automutilation, les tentatives de suicide... « On entend souvent dire que la TS [tentative de suicide], c'est un appel à l'aide, mais pour moi c'est surtout une manière de poser une limite, témoigne Marie. En faisant ça, le brouhaha s'arrête... » Autour d'elle, assises en cercle, elles sont nombreuses à acquiescer. « C'est une manière d'étendre la douleur, souffle Juliette. Et pourtant, moi j'aime la vie... » J'entends ce que vous expliquez, reprend la docteure Houchois. Le jugement des autres, le poids de la stigmatisation, ça peut être lourd à porter. Une vague d'émotion traverse la salle aux lumières tamisées.

Une nouvelle question permet de relancer les échanges : « Comment devient-on borderline ? » Parmi les jeunes femmes, quelques-unes parlent d'événements traumatiques. D'autres, de relations compliquées avec leur famille, leurs parents. Certaines interrogent l'héritage. Beaucoup se demandent « si ça se transmet », « Il n'y a pas de cause unique mais un ensemble de raisons conduisant à ce trouble », leur explique Aurane Savolle, évoquant « une part liée à la biologie, une part liée à l'environnement ». « Ce qui est certain c'est que vous n'êtes pas responsable de votre trouble », souligne l'infirmière. Vous êtes responsables, en revanche, de ce que vous mettez en place pour aller mieux. »

En deux heures, entrecoupées d'une pause cigarette, les participantes, guidées, mettent des mots sur les maux « avec une maturité assez déconcertante », de l'avis de tous au sein du service. Ici, on parle de soi, mais on écoute aussi. Et on apprend beaucoup : sur les critères diagnostiques et l'histoire du trouble borderline ; sur les nombreux comorbidités (anxiété, dépression, troubles bipolaires, troubles du comportement alimentaire, de l'attention...), mais aussi sur les possibilités d'évolution favorable et de traitement. À commencer par la thérapie comportementale dialectique (TCD),

sur laquelle ce centre lyonnais a fondé sa prise en charge.

Développée par la psychologue américaine Marsha Linehan, qui souffrait elle-même d'un trouble borderline, cette approche thérapeutique a fait ses preuves dans la réduction des symptômes, nous expliquent Florian Perrin, psychologue et co-initiatrice du programme, et Marie-Alix Dessoull, neuropsychologue, lors d'une première visite à l'hôpital Edouard-Herriot, en septembre 2023 : « Elle permet de recréer de la sécurité intérieure et de développer une source d'estime de soi propre, en amenant les patients à distinguer ce qu'ils doivent accepter – leurs émotions – de ce qu'ils peuvent changer – certains comportements. » Avec, souvent, un traitement médicamenteux associé.

« Un vrai choix thérapeutique »  
« D'autres modèles thérapeutiques sont proposés, ailleurs, par d'autres équipes soignantes », rapporte la docteure Charline Magnin, en citant Montpellier, Strasbourg, la région parisienne, et, au-delà des frontières, Genève, « une référence », dit-elle. CARE est le premier dispositif hospitalier, à Lyon, à se concentrer sur ce trouble. Il reçoit des demandes de prises en charge de toute la France. Mais même en multipliant les groupes de psychothérapie, il ne peut pas suivre plus d'une soixantaine de patients par an. Pourtant les diagnostics sont de plus en plus fréquents parmi les 16-30 ans, chez qui la crise sanitaire et les confinements ont contribué à révéler ou accroître certains fragilités.

Les besoins vont croissant, confirme le professeur Emmanuel Poulet, responsable des urgences psychiatriques à l'hôpital Edouard-Herriot. Les onze lits que compte l'unité de crise sont d'ailleurs tous remplis. Avec un âge médian de 23 à 24 ans, et un âge moyen de 27 à 28 ans, quand il se situait plutôt après 30 ans. Il y a une décennie. « L'heure où l'on parle beaucoup d'hospitalisation sous contrainte, on a fait le pari d'une prise en charge reposant sur le consentement et la collaboration du sujet, pour des patients qui font fréquemment l'objet d'hospitalisation, parfois longue. Et ce contrairement aux recommandations. C'est un vrai choix thérapeutique », explique le chef de service, à propos du dispositif CARE.

Le « virage de l'ambulatoire [la prise en charge à la journée] », a permis de réduire le temps d'hospitalisation « sans faire d'économies sur les patients », assure-t-il. Les personnes intégrées au programme doivent par ailleurs être suivies par un médecin référent ou un thérapeute. A condition d'en trouver pour le accompagner, à un tarif pas trop élevé. Beaucoup des jeunes femmes rencontrées, ce lundi, sont étudiantes. Les autres ont parfois bien du mal à conserver leur emploi.

« Vivre avec un trouble borderline, sans prise en charge, c'est possible, mais ça expose à une vie de ruptures – dans le cercle familial, amical, amoureux, professionnel... », souligne Charline Magnin. Sans prétendre que six mots de TCD vont tout changer, une prise en charge précoce, avant que le mal-être ne se chronique, peut permettre de vivre le mieux possible. ■

M. BA.

