



Sur quel axe danser ? dépistage des troubles de l'axe II

1

Paola Frare et Jean-François Denis

« La valse à mille temps »
(Jacques Brel)

« Les patients atteints d'un trouble de la personnalité répètent, avec leur clinicien, leur façon caractéristique d'entrer en relation. Et c'est souvent grâce à ses propres réactions que le médecin en vient à constater les effets du comportement du patient sur les autres. Il peut s'écouler un certain temps avant que le clinicien ne reconnaisse le pas de danse du patient. En fait, le médecin peut entrer dans la danse lorsqu'il entend la musique avant même de se rendre compte qu'il est devenu un partenaire qui s'ignore dans le monde intérieur du patient »¹.

TANT POUR M. Malo que pour M^{me} Brouillette, vous avez multiplié les examens paracliniques, les traitements et les réévaluations d'urgence au service de consultation sans rendez-vous, malgré un horaire sur-

chargé, certain que vous arriveriez à trouver une solution. Vous sentiez qu'il était de votre devoir de soulager les douleurs de M. Malo, de convaincre la CSST de son invalidité et de prendre toutes les mesures possibles pour éviter le suicide de M^{me} Brouillette. Peu à peu, le découragement vous a toutefois gagné. Vous avez commencé à vous sentir impuissant, incompétent, parfois manipulé et d'autres fois coupable. Vous devenez anxieux lorsque vous voyez le nom de ces patients

M^{me} Brouillette travaille à temps partiel. Elle élève seule ses trois enfants qui ont tous des problèmes de comportement ou des difficultés scolaires. Elle vient vous voir pour de l'anxiété. Après quelques mois de traitement, M^{me} Brouillette vit une altercation avec son récent conjoint et commet un geste suicidaire. Vous la trouvez déprimée et lui prescrivez donc des antidépresseurs qui s'avèrent cependant peu efficaces. Elle est devenue une habituée du service de consultation sans rendez-vous et vous demande des certificats médicaux pour justifier *a posteriori* ses absences du travail. Elle perd du poids, mais vous vous rendez compte qu'elle restreint volontairement son apport alimentaire et qu'elle provoque ses vomissements. Lors d'un examen, vous constatez de multiples cicatrices de lacerations sur ses cuisses. Vous vous fâchez et lui dites qu'elle semble tout mettre en œuvre pour détériorer son état de santé. Elle menace alors de porter plainte contre vous. En quittant votre cabinet, elle avale sa prescription mensuelle d'antidépresseurs.

M. Malo se présente à répétition à votre cabinet pour des troubles somatiques flous qui fluctuent. Il insiste chaque fois sur l'importance de sa souffrance et sur la nécessité d'obtenir un soulagement rapide. Il est en litige avec son employeur en raison d'une plainte d'un client. La CSST refuse de reconnaître son invalidité à la suite d'une blessure au dos qui serait survenue au travail. Il vous raconte que sa conjointe l'a quitté il y a quelques mois, car « elle n'en pouvait plus de le voir dans cet état ». En outre, il est isolé, ses enfants « ayant pris le bord de son ex ». Enfin, il ne voit plus sa famille depuis longtemps pour cause de chicane. Comme il se sent de plus en plus déprimé, il consomme de l'alcool pour oublier et du cannabis pour soulager sa douleur. Malgré tout, vous êtes empathique à sa souffrance et multipliez les examens, qui s'avèrent peu concluants. Des complications font leur apparition. Vous tentez divers médicaments antidouleur, mais le patient ne respecte pas les doses. Vous formulez des recommandations non pharmacologiques qu'il se dit incapable d'appliquer. Il se lamente que rien n'est efficace. À votre insu, il s'adresse à un autre médecin au service de consultation sans rendez-vous. Votre confrère amorce un traitement qui va à l'encontre du vôtre, ce qui ne va pas sans créer des tensions entre vous et lui.

La D^{re} Paola Frare, psychiatre, est responsable de la clinique des troubles relationnels complexes du Centre de santé et de services sociaux de Laval. Le D^r Jean-François Denis, psychiatre, exerce en consultation-liaison à la Cité de la Santé de Laval.

Tableau I

Critères généraux des troubles de la personnalité²

- Conformité au moi (*egosyntone*) et alloplastie (au début)
- Réponse inflexible et mésadaptée
- Apparition à l'adolescence ou au début de l'âge adulte
- Dysfonctionnement durable ou souffrance chronique
- Capacité de faire réagir autrui
- Trouble qui touche la plupart des sphères de fonctionnement

Tableau II

Expression du trouble de la personnalité⁵

- Chronique (plus intense, patent, enraciné, évoluant depuis l'adolescence, instabilité dans tous les domaines importants, faible degré de fonctionnement général)
- Intermittent (degré de fonctionnement fragile, par exemple absentéisme fréquent au travail à la moindre contrariété, réactions émotionnelles intenses à des stress légers)
- Épisodique (bon degré de fonctionnement général, manifestations du trouble de la personnalité en réaction à un stress important comme le décès d'un proche, une perte d'emploi, une séparation conjugale, etc.)

à votre agenda. Vous avez envie de les diriger vers un collègue. Que ce soit à votre insu ou à votre corps défendant, vous avez été entraîné dans un trouble de la relation.

Pressentez-vous un trouble de la personnalité dans le cabinet ?

Le *DSM-IV* énonce les critères généraux d'un trouble de la personnalité (*tableau I*)² et décrit dix troubles différents, définis par des critères spécifiques et classés en trois sous-groupes (A, B et C). Les sujets du sous-groupe A sont bizarres et excentriques, ceux du sous-groupe B sont dramatiques et erratiques tandis que ceux du sous-groupe C sont anxieux et inhibés. Les études révèlent toutefois une importante comorbidité entre les troubles de la personnalité ainsi qu'une fluctuation longitudinale des diagnostics^{3,4}. Certaines approches thérapeutiques plus générales s'appliquent à l'ensemble de ces troubles alors que des

Tableau III

Trouble de la personnalité limite : dérèglement dans les cinq sphères^{3,6}

- Affective (hypersensibilité, intensité, difficulté à gérer les émotions, en particulier la colère)
- Interpersonnelle (relations chaotiques, peur de l'abandon, répétition des mêmes scénarios frustrants)
- Identitaire (vide intérieur, concept de soi peu défini)
- Comportementale (menaces et comportements suicidaires, gestes impulsifs et autodestructeurs)
- Cognitive (dissociations, idées paranoïdes, préjugés, distorsions, croyances erronées)

traitements plus spécifiques ont été mis au point, particulièrement depuis une vingtaine d'années, notamment pour les troubles de la personnalité limite (*Mentalization-Based Treatment, Dialectical Behavioural Therapy, Transference Focused Therapy*)⁵⁻⁷. Il est donc important de pouvoir déceler rapidement, dans un premier temps, la présence d'un trouble de la personnalité chez un patient. Nous pourrions ainsi instaurer dès le début de la relation thérapeutique un cadre qui nous permettra d'éviter les pièges relationnels et thérapeutiques ainsi que les effets iatrogènes⁸. Dans un deuxième temps, la description du type de trouble de la personnalité nous orientera vers une approche plus précise et mieux adaptée⁵⁻⁷. Nous nous attarderons notamment aux personnalités dites dramatiques du sous-groupe B dont font partie les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite.

Comment questionner le patient ?

Le mode de présentation et les motifs de consultation en cabinet sont très variés (*tableau II*). Le patient peut consulter pour des plaintes somatiques, des symptômes psychiatriques compatibles avec un diagnostic de troubles de l'axe I, des problèmes psychosociaux, une toxicomanie, etc.⁹ (*tableau III*). Un diagnostic de trouble de la personnalité limite n'exclut pas la présence d'autres maladies. Au contraire, on trouve une comorbidité élevée sur les trois axes³ (*tableau IV*). De plus, un tel diagnostic a des répercussions importantes sur l'évolution et la réponse au traitement des maladies concomitantes des

Le trouble de la personnalité perturbe la relation.

Repère

Tableau IV

Troubles psychiatriques concomitants au trouble de la personnalité limite³

Dépression majeure.....	De 41 % à 83 %
Dysthymie.....	De 12 % à 39 %
Trouble bipolaire.....	De 10 % à 20 %
Toxicomanie.....	De 64 % à 66 %
État de stress post-traumatique.....	De 46 % à 56 %
Phobie sociale.....	De 23 % à 47 %
Trouble obsessionnel compulsif.....	De 16 % à 25 %
Trouble panique.....	De 31 % à 48 %
Trouble alimentaire.....	De 29 % à 53 %
Trouble de la personnalité évitante.....	De 43 % à 47 %
Trouble de la personnalité dépendante.....	De 16 % à 51 %
Trouble de la personnalité paranoïde.....	De 14 % à 30 %

axes I et III, ce qui augmente le risque de chronicité^{9,10}. Divers indices relevés à l’anamnèse, au moment des examens mental et physique et sur le plan des réactions transféro-contre-transférentielles devraient inciter le clinicien à envisager un diagnostic de trouble de la personnalité limite (tableau V). Soulignons l’importance d’une histoire personnelle longitudinale (enfance, relations avec les parents, adaptation à l’école, adolescence, travail, relations affectives, etc.). Quant à l’anamnèse, elle doit mettre l’accent sur les questions ouvertes. En effet, les questions fermées risquent d’entraîner des réponses faussées par les attentes du patient, les distorsions cognitives et les représentations clivées (tout noir, tout blanc, sans nuance). Il est ensuite souhaitable de s’enquérir directement des comportements autodestructeurs et impulsifs dont les patients ne parleront pas toujours spontanément (conduite automobile dangereuse, rage au volant, antécédents judiciaires, bagarres, consommation, vols, troubles alimentaires, automutilation, idées et gestes suicidaires, menaces, comportements sexuels à risque, violence conjugale)⁹. Il faut bien établir les variations de l’humeur (fluctuations diurnes, facteurs précipitants, réactivité marquée, intensité, colère, etc.) pour tenter de les différencier de troubles de

Tableau V

Indices d’un trouble de la personnalité limite^{4,9,11}

- Malaise relationnel initial
- Échecs thérapeutiques antérieurs nombreux
- Troubles des axes I et III réfractaires au traitement
- Rechutes fréquentes dans des contextes de crises interpersonnelles répétitives
- Résistance passive du patient
- Sentiment d’impuissance du médecin
- Attente de faveurs particulières, demandes inappropriées
- Projection abusive des responsabilités sur autrui (déresponsabilisation)
- Instabilités multiples (travail, famille, relations intimes, etc.)
- Manque d’habiletés organisationnelles et parentales
- Rôle de victime perpétuelle
- Comportements autodestructeurs (relations sexuelles à risque, troubles alimentaires, consommation, conduite dangereuse, automutilation, menaces ou gestes suicidaires ou parasuicidaires)
- Réactions dysphoriques excessives
- Manifestations de colère, de rage, d’hostilité
- Impression de maladie changeante
- Clivage entre les intervenants
- Idéalisation prématurée et excessive du médecin
- Dévaluation importante des intervenants précédents
- Jugements radicaux sur autrui
- Utilisation chaotique des ressources

l’humeur de l’axe I. Enfin, une évaluation du désir de changement et des attentes du patient est essentielle à la définition d’objectifs de traitement réalistes, compatibles et à la mesure de l’investissement fourni (intervention de crise ponctuelle ou recherche d’un changement plus durable, motivation intrinsèque contre motivation extrinsèque : DPJ, famille, menace de séparation de la part du conjoint, etc.)⁹.

Pourquoi faut-il y penser tôt ?

Outre les répercussions importantes sur l’évolution des autres maladies du patient, le diagnostic précoce

Un diagnostic de trouble de la personnalité limite n’exclut pas la présence d’autres maladies. Au contraire, on retrouve une comorbidité élevée sur les trois axes.

Repère

d'un trouble de la personnalité s'avère essentiel pour éviter les pièges relationnels et thérapeutiques. Il faut donc idéalement poser le diagnostic à la fin de la première consultation.

Ces pièges favorisent l'installation insidieuse d'une relation pathologique ayant des effets négatifs sur le clinicien et iatrogènes sur le patient^{8,12}. Le médecin peut, par exemple, entrer en résonance avec les représentations clivées du patient (identification projective), d'abord idéalisées, et se voir au départ comme un sauveur, se sentir responsable du patient, vouloir assumer une prise en charge totale, être tenté de tout mettre en œuvre pour le « sauver »^{5,7}. Or, cette approche, souvent efficace dans le traitement d'autres maladies, s'avère nuisible chez des patients atteints d'un trouble de la personnalité limite qui éprouvent de la difficulté à exprimer adéquatement leur détresse, à repérer leurs besoins et à formuler des demandes claires. Les comportements inappropriés, auto-destructeurs ou menaçants constituent souvent un mode privilégié de communication de la souffrance. En répondant précipitamment à la requête de soulagement immédiat du patient, sans chercher la raison sous-jacente de sa détresse, on encouragera ce mode pathologique de communication¹³. On favorisera aussi l'escalade de comportements extrêmes, la régression et la dépendance⁶. De plus, on cautionnera sa déresponsabilisation au détriment d'objectifs de changement à plus long terme, comme l'apprentissage de la tolérance à la détresse et le recours à des stratégies plus efficaces de gestion des émotions et de résolution de problèmes^{6,12}. Le patient qui s'attendra alors à une solution magique, instantanée et totalement efficace sera rapidement déçu, constatera la persistance de ses difficultés, se sentira incompris, invalidé dans sa souffrance et « attaquera » le traitement et le soignant. Le clinicien pourra alors entrer en résonance avec l'autre partie clivée et se sentir incompetent, impuissant, inhumain et confus. Paralysé par les menaces suicidaires et les risques médico-légaux, il sera coincé, anxieux et en colère et pourra éprouver et exprimer des réactions de rejet face à son patient, contribuant à « l'abîmer » encore davantage^{12,14}.

Le diagnostic précoce du trouble de la personnalité limite permet d'informer rapidement le patient de son

état alors qu'il est encore dans la période initiale de bonne réceptivité (lune de miel), de recadrer de manière plus réaliste ses attentes et les effets potentiellement bénéfiques du traitement, de diminuer les risques d'identifications clivées (idéalisation-dévaluation) et de réduire le plus possible les écueils relationnels. Il permet de repérer plus rapidement les interférences dans le diagnostic et le traitement des troubles des axes I et III (dramatisation, distorsions, inobservance du traitement, etc.)¹⁵ et d'instaurer un cadre qui responsabilise le patient quant aux démarches de changement, à sa participation au processus thérapeutique, aux comportements auto- et hétérodestructeurs ainsi qu'aux limites du traitement et des soignants.

L'intervention précoce en présence d'un trouble de la personnalité amène une réduction générale de la psychopathologie, un meilleur traitement des malaises physiques et une amélioration du fonctionnement social. Elle diminue aussi les risques de troubles de l'axe I, de violence, d'agression, de suicide, d'automutilation et de conflits interpersonnels, ainsi que le recours aux services, les complications iatrogéniques et la dépendance importante au système de santé⁸.

Dans les cas de troubles graves de la personnalité faisant partie du sous-groupe B, l'intervention précoce permet d'orienter le patient vers des traitements plus spécialisés. Bien que l'évolution naturelle de la maladie soit plutôt favorable au long cours, dans la mesure où la personne reste en vie, le taux de rémission par année de traitement actif est de 25,8 %, soit sept fois plus qu'en l'absence de traitement¹⁶.

Après avoir questionné vos patients sur leurs antécédents et leur histoire personnelle, voici vos conclusions : Vous soupçonnez chez M. Malo la présence d'un trouble de la personnalité et de blessures narcissiques qui s'expriment sur un mode somatique et par des difficultés relationnelles. Vous comprenez qu'il tente d'apaiser ses souffrances par la consommation de substances et par la relation thérapeutique au moyen de soins qui s'avèrent à la fois inefficaces, iatrogènes et autodestructeurs. Vous validez sa souffrance, tant somatique que psychologique, et vous lui faites part de vos hypothèses. Vous lui indiquez les limites des traitements

Le diagnostic précoce d'un trouble de la personnalité s'avère essentiel pour éviter les pièges relationnels et thérapeutiques et permet d'instaurer un cadre de traitement approprié.

Repère

offerts afin de fixer avec lui des buts plus réalistes. Vous le sensibilisez à son problème de consommation et au fait qu'il doit prendre une part active à son traitement, par exemple en utilisant des outils de tolérance à la détresse, de gestion de la douleur, etc. Vous l'informez des ressources existantes susceptibles de l'aider (groupes d'entraide, organismes de traitement de la toxicomanie, programmes d'aide aux employés, etc.) et lui proposez de le revoir pour le soutenir dans ses démarches. Vous lui rappelez que sans une mobilisation active de sa part, vous ne pourrez parvenir à l'aider.

Quant à M^{me} Brouillette, après quelques rencontres, vous réalisez que la plainte initiale d'anxiété n'est que la pointe de l'iceberg d'un grave trouble de la personnalité limite associé à d'importants problèmes de l'axe I. Vous lui témoignez votre empathie en ce qui a trait à son histoire de vie traumatique et à ses difficultés actuelles et vous faites un lien avec la présence de fragilités sur le plan de sa personnalité. Vous mettez en lumière ses comportements autodestructeurs. Enfin, vous lui parlez sommairement du diagnostic de trouble de la personnalité limite, de ses causes, de ses manifestations et des avenues thérapeutiques existantes et vous lui proposez une orientation en psychiatrie.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ne posent pas d'embûches considérables dans la relation médecin-patient et les traitements médicaux pour autant qu'on adopte une démarche reposant sur l'identification précoce, une information franche et honnête et la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient. En portant une attention particulière aux risques de troubles relationnels et d'iatrogenèse, il est possible d'éviter les principaux écueils, de partager avec le patient des attentes réalistes et d'espérer un pronostic favorable. 📖

Date de réception : le 23 avril 2010

Date d'acceptation : le 21 juin 2010

Les D^{rs} Paola Frare et Jean-François Denis n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Gabbard GO. Finding the "person" in personality disorders. Editorial. *Am J Psychiatr* 1997; 154 (7) : 891-3.
- Goulet J. Troubles de la personnalité. Chap. 27. Dans : Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, rédacteurs. *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* Tome I : Introduction et syndromes cliniques. (3^e éd.) Montréal-Paris : Gaëtan Morin; 1999. p. 652-83.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et coll. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364 (9432) : 453-61.

Summary

Screening for axis II. Personality disorder's presentation and consultation motives may take various forms. There is an important comorbidity on the three axes, and presence of a personality disorder has a significant impact on treatment and prognosis of concomitant pathology. Questioning of the patient and ability to detect the signs of a possible personality disorder are important. Early diagnosis and treatment are essential to avoid relational and therapeutic traps that would have a negative impact on both clinician and patient. Establishing an appropriate treatment structure improves psychopathology and general functioning. It also reduces risks of iatrogenic complications and grave dependence towards the health system and, in more severe cases, diagnosis helps referral towards appropriate specialized treatments.

- Gunderson JG. Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (5) : 530-9.
- Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. New York : Oxford University Press; 2004. 381 p.
- Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : The Guilford Press; 1993. 558 p.
- Kernberg O, Selzer MA, Koenigsberg HW et coll. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York : Basic Books; 1989. 210 p.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M et coll. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust* 2007; 187 (suppl.) : S18-S21.
- Oldham JM, Philipps KA, Gabbard GO et coll. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10 suppl.) : 1-52.
- Paris J. Seeing inside personality disorders. *Can J Diagnosis* 2000; 110-5.
- Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005; 172 (12) : 1579-83.
- Brochu M. Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne : Comment y survivre. *Le Médecin du Québec* 2001; 36 (5) : 57-63.
- Dawson D, MacMillan HL. *Relationship management and the borderline patient*. New York : Brunner/Mazel; 1993. 212 p.
- Denis JF. Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *Rev Can Psychiatrie* 1990; 35 : 208-14.
- Dhossche DM, Shevitz SA. Assessment and importance of personality disorders in medical patients: An update. *South Med J* 1999; 92 (6) : 546-56.
- Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (9) : 1312-21.

Correctif

Une erreur s'est glissée dans l'article : « L'évaluation cardiaque périopératoire : le "cœur" du problème », à la page 23 du numéro de juillet 2010. Dans le tableau I, il aurait fallu lire : **Insuffisance rénale (taux de créatinine sérique \geq 178 mmol/l).**