



Le suivi de patients difficiles y survivre ensemble

France Caza

« *Quand les hommes vivront d'amour* »
(Raymond Lévesque)

Pas encore M^{me} Tremblay ! Elle n'a pas de rendez-vous, mais insiste pour vous voir. Elle exaspère votre secrétaire, qui n'en peut plus ! Vous vous dites qu'elle a un autre problème urgent, pour lequel elle veut une solution immédiate, sous peine de voir son niveau de stress augmenter et donc de recommencer à s'automutiler ou, pis encore, à avoir de nouveau des idées suicidaires !

SELON LE RÉSULTAT d'un sondage américain¹, un patient sur six est jugé difficile par son omnipraticien, ce qui peut entraîner pour ce dernier un risque de surmenage et de dépassement de ses limites. Pour que la relation médecin-patient soit plus harmonieuse, nous verrons d'où proviennent les difficultés et comment utiliser un cadre thérapeutique. Les modalités de traitement et leur application doivent être acceptées par le médecin et son patient, car la seule façon de parvenir à une meilleure relation est de faire équipe.

D'où vient mon malaise ?

Afin de préserver sa santé et l'harmonie de la relation avec son patient, le clinicien doit cibler l'origine des émotions négatives que peuvent lui inspirer les patients souffrant d'un trouble de la personnalité. Tout d'abord, il doit se questionner sur la struc-

La D^e France Caza, omnipraticienne, exerce au CLSC de Sainte-Rose ainsi qu'à la consultation liaison en psychiatrie, à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval.

ture même de sa propre personnalité. Des objectifs élevés et le désir de réussir, de s'appropriier personnellement l'évolution de l'état défavorable du patient ou de dépasser les limites de la relation médecin-patient sont des causes possibles d'échec. La relation médicale reposant sur le don de soi et le souci d'entraide jusqu'à l'adoption d'une attitude paternaliste peut mener le médecin à l'épuisement. Le mode relationnel de type « tout ou rien », une relation médecin-patient allant de crise en crise et la menace de suicide ou d'automutilation que supporte le médecin seul dans son cabinet lui laisse croire que le patient a des besoins impossibles à combler. Le médecin est régulièrement mis en face de ses compétences et de ses limites. Il peut avoir l'impression de marcher sur des œufs, tout ce qu'il dit pouvant être interprété par son patient. Certaines personnes possédant des traits de dépendance voudront que le médecin règle leurs problèmes et prenne les décisions qui s'y rattachent à leur place. Le patient peut également croire que la situation ne dépend pas de lui et se plaindre des autres à chaque visite, ce qui ne lui apporte aucun bienfait. Le

Des objectifs élevés et le souci de réussir, de s'approprier personnellement l'évolution de l'état défavorable du patient ou de dépasser les limites de la relation médecin-patient sont des éléments qui peuvent mener à l'échec.

Repère

Tableau I

Trouver l'origine du malaise du médecin et des ébauches de solution

A. Mode de relation médecin-patient

- ☉ Patient de type passif-agressif : Trouver plusieurs solutions ensemble et respecter le choix du patient. Prévoir la deuxième solution au cas où la première ne fonctionnerait pas.
- ☉ Médecin de type paternaliste : Inviter le patient à trouver des solutions, à les évaluer (avantages et inconvénients) et à faire un choix.
- ☉ Patient de type « tout ou rien » : Nommer le problème, apprendre au patient à déceler les tons de « gris » entre le noir et le blanc.

B. Traits de personnalité du médecin : le médecin perfectionniste

- ☉ Régler un objectif à la fois au choix du patient
- ☉ Apprendre la tolérance à l'échec
- ☉ Viser une amélioration de l'état du patient et non la guérison

C. Déficiences fonctionnelles du patient : le patient éparpillé et désorganisé

- ☉ Utiliser un cadre de travail
- ☉ Reconnaître la régression, la nommer, comprendre d'où elle vient et aider le patient à trouver des solutions sans prendre un rôle parental

D. Non-reconnaissance du diagnostic par le patient : « Le problème, c'est les autres »

- ☉ On ne peut changer les autres. Comment pourriez-vous voir le problème autrement ?
- ☉ Comment pouvez-vous devenir moins vulnérable face au regard des autres ?

médecin aura alors le sentiment de perdre son temps. Une fois le malaise trouvé, le médecin pourra mettre en application certaines solutions (*tableau I*).

Quel cadre installer pour un confort mutuel ?

Le succès de la relation médecin-patient passe obligatoirement par un bon cadre thérapeutique (*ta-*

Tableau II

Les différents aspects du cadre de travail

A. La communication

1. Le médecin doit faire équipe avec les autres professionnels (travailleur social, psychologue ou autre intervenant) :
 - ☉ Le rôle de chacun et les objectifs thérapeutiques doivent être connus de tous (faire signer la demande d'autorisation afin de pouvoir communiquer avec les différents intervenants)
 - ☉ L'équipe peut être élargie en un réseau intégré comprenant le Centre de crise, l'urgence, la DPJ, les organismes communautaires, etc.
2. La communication médecin-patient doit :
 - ☉ être respectueuse, cohérente et simple ;
 - ☉ utiliser des aide-mémoire écrits ;
 - ☉ permettre de vérifier ce que le patient a compris ;
 - ☉ porter une attention au langage « non verbal » ;
 - ☉ encourager le patient à pratiquer l'auto-observation ;
 - ☉ repérer la pensée dichotomique (noir ou blanc) et favoriser l'apprentissage des nuances (tons de gris).
3. La communication avec la famille doit :
 - ☉ toujours se faire avec l'accord du patient et, si possible, en sa présence ;
 - ☉ inclure la suggestion d'appeler le 911 et d'aviser l'équipe traitante en cas d'information privilégiée concernant un risque de passage à l'acte.

B. Le cadre fonctionnel au cabinet

1. Les rendez-vous doivent :
 - ☉ être fixés à intervalles réguliers ;
 - ☉ prioriser un problème ou un sujet par rencontre ;
 - ☉ prévoir des solutions à utiliser en attendant le prochain rendez-vous ;
 - ☉ faire l'objet d'une entente préalable avec le patient concernant les rendez-vous manqués (ex. : un rendez-vous manqué ne sera pas repris, le patient devra relire ses notes, etc.) ;
 - ☉ permettre au médecin de rappeler au patient que le rôle du cadre n'est pas punitif, mais fonctionnel.
2. La gestion des appels téléphoniques :
 - ☉ prévoir le nombre d'appels permis par mois ;
 - ☉ discuter des modalités de rappel ;
 - ☉ nommer les raisons acceptables d'appeler (ex. : problème avec le traitement médicamenteux).

bleau II). Le patient doit comprendre que ce cadre constitue un outil de travail sans visée punitive qui lui

Le succès de la relation médecin-patient passe obligatoirement par un bon cadre thérapeutique.

Repère

Tableau III**Évaluation du risque de suicide²****A. Critères d'évaluation du risque de suicide et des facteurs aggravants**

- ☉ Comment, où, quand et à quelle fréquence le patient pense-t-il se tuer ? Que fait-il pour chasser ses idées suicidaires ? A-t-il accès à une arme à feu ?
- ☉ Changement à l'histoire suicidaire, plans et tentatives constituant une plus grande menace qu'au cours des rencontres précédentes (ex. : achat d'accessoires prévus dans le plan suicidaire, comme une corde).
- ☉ Présence d'éléments qui ont déjà mené à une action suicidaire plus risquée, comme l'augmentation de la consommation d'alcool ou plusieurs jours d'insomnie.
- ☉ Changement des conditions qui rattachent le patient à la vie, comme la perte de la garde de ses enfants.
- ☉ Désinvestissement à l'égard de l'avenir.
- ☉ Détérioration de l'état clinique malgré le traitement.
- ☉ Comportements impulsifs très dangereux par le passé.

B. Plan en cas de crise ou d'idées suicidaires sans facteurs aggravants

- ☉ Résolution de problèmes avec thèmes récurrents.
Exemple : Je me sens inutile et vide : 1. J'appelle un ami ; 2. J'aide les enfants à faire leurs devoirs ; 3. Je prépare le repas ; 4. Je lis un article intéressant et j'en discute plus tard ; 5. Je me change les idées en chantant, etc.
- ☉ Prévoir qui appeler et garder le numéro de téléphone bien en vue.
- ☉ Discuter de la gestion des médicaments.
Ex. : Ne pas disposer de plus d'une semaine de médicaments à la fois. Si le patient se sent fragile, ajouter un médicament à prendre au besoin.
- ☉ Garder une liste des moyens s'étant révélés efficaces pour chasser les idées suicidaires.

permettra de maintenir une relation convenable et respectueuse avec le clinicien. Une bonne alliance nécessitera une validation de la souffrance du patient par le médecin. Ce dernier pourra néanmoins responsabiliser son patient quant à ses choix et aux actions qu'il a posées. Il pourra l'aider à peser les avantages et les inconvénients d'une décision donnée, sans pour autant choisir à sa place. Il pourra l'inciter à trouver et à évaluer différentes solutions, puis l'encourager à les appli-

Tableau IV**Quand orienter le patient en psychiatrie³**

- ☉ Escalade dans les agirs auto- ou hétéroagressifs
- ☉ Précision du diagnostic
- ☉ Persistance d'une souffrance intense malgré plusieurs essais thérapeutiques
- ☉ Sentiments d'épuisement ou d'impatience du médecin ou impression d'être menacé
- ☉ Arrêt de travail qui se prolonge
- ☉ Maladie concomitante de l'axe 1 qui ne répond pas au traitement
- ☉ Questionnement sur le traitement médicamenteux à maintenir à long terme

quer selon un échancier réaliste. Le patient pourra passer à la prochaine solution si le résultat obtenu n'atteint pas les objectifs. Le patient a intérêt à connaître ses forces et ses faiblesses, en plus de comprendre que les autres, y compris son médecin, ont d'autres forces et d'autres faiblesses. Un médecin en retard à un rendez-vous peut utiliser cet exemple pour montrer au patient qu'il a un point faible. Il s'en excusera par la suite. Il empêche ainsi le patient de l'idéaliser et se ramène à des dimensions plus humaines.

Rapidement, au cours de la relation médecin-patient, des pièges peuvent apparaître. Il est important de les débusquer. Parmi les plus fréquents, le clivage est facile à repérer. Il survient lorsque le patient affirme que vous êtes bien meilleur que les deux autres thérapeutes qui le suivent avec vous. Rappelez-lui le rôle de chacun et les façons différentes de travailler. Vous pouvez également prévoir une rencontre d'équipe en présence du patient afin de clarifier ces aspects. Vous devez toutefois éviter de discréditer le travail des thérapeutes. Durant les entrevues, des erreurs de communication sur le plan du contenu peuvent se produire, comme des erreurs d'interprétation où l'idée exprimée par le médecin est comprise différemment par le patient. Le fait de le souligner au patient l'aide à prendre conscience de cet élément et à réduire ses émotions négatives.

Un autre piège possible est le dépassement d'un cadre convenable. Le médecin devient alors un confident personnel, prend des décisions à la place du patient ou est séduit par ce dernier. Il est alors fortement

Tableau V

Soutien pharmacologique adjuvant^{3,6,7}

1. Recommandations de l'American Psychiatric Association³

Symptômes ciblés

- A. Instabilité affective : humeur labile, sensibilité au rejet, crises de colère et chute dysphorique
 - 1^{re} intention : ISRS, venlafaxine, neuroleptiques à faibles doses
 - 2^e intention : stabilisateurs de l'humeur (lithium, carbamazépine*, acide valproïque, inhibiteurs de la monoamine-oxydase-IMAO)
 - Électrochocs : seulement en cas de dépression majeure réfractaire aux antidépresseurs
- B. Comportements impulsifs (agression, automutilation, comportements autodestructeurs) : ISRS, venlafaxine, neuroleptiques à faibles doses, ajout de lithium*, IMAO
- C. Symptômes cognitifs et perceptuels (doute, idées paranoïdes et de référence, déréalisation et dépersonnalisation) : neuroleptiques à court terme

2. Résultats de méta-analyses récentes

Ingenhoven et coll.⁶, méta-analyse regroupant 32 études reposant sur la différence moyenne standardisée entre les classes de médicaments.

- Symptômes cognitifs et perceptuels :
 - ⚡ antipsychotiques : effet modéré
- Colère :
 - ⚡ stabilisateurs de l'humeur : effet important*
 - ⚡ antipsychotiques : effet de modéré à important
 - ⚡ antidépresseurs : effet léger
- Comportements impulsifs :
 - ⚡ stabilisateurs de l'humeur : effet important
- Anxiété :
 - ⚡ stabilisateurs de l'humeur : effet important*
 - ⚡ antidépresseurs : effet léger
- Affect déprimé :
 - ⚡ stabilisateurs de l'humeur : effet modéré

Mercer, Douglass et Links : méta-analyse comptant 33 études⁷, qui compare l'intensité de l'effet (*effect size*) des différentes molécules ainsi que leur effet de classe, tout en tenant compte de la qualité des études.

- Colère :
 - ⚡ stabilisateurs de l'humeur à privilégier : effet statistiquement important, en particulier la lamotrigine et le topiramate*
 - ⚡ antidépresseurs : effet moyen
 - ⚡ antipsychotiques : effet moyen, sauf pour l'aripiprazole qui a un effet important
- Dépression :
 - ⚡ divalproate et carbamazépine : effet modéré*
 - ⚡ antidépresseurs : effet léger
 - ⚡ antipsychotiques typiques à proscrire : aggravation des symptômes

* Attention au risque de surdosage, surtout avec le lithium, la carbamazépine, le divalproate, la lamotrigine et l'acide valproïque.

suggéré d'obtenir l'appui d'un collègue pouvant le superviser (même directement dans le cabinet).

Une autre grande difficulté consiste à bien évaluer le risque de passage à l'acte (*tableau III*)². Advenant le cas où le patient est examiné à l'urgence et reçoit immédiatement son congé, le médecin aura alors l'occasion de revoir ce qui a soudainement fait diminuer le risque de suicide et de savoir quoi faire la prochaine fois. Il pourra également entrer en contact avec le personnel de l'urgence psychiatrique pour obtenir ses conseils. Enfin, le médecin pourra demander l'opinion d'un psychiatre pour d'autres raisons (*tableau IV*)³.

Quelles sont les pistes de solution concrètes ?

Comme nous l'avons vu précédemment, un bon cadre thérapeutique et la création d'une alliance de travail constituent le point de départ du traitement. En présence d'un trouble de la personnalité, le traitement repose principalement sur la psychothérapie individuelle ou de groupe. Il est conseillé de s'adjoindre un thérapeute ou une équipe selon la disponibilité des ressources. À ce sujet, le site www.personnalitelimite.org contient la liste des établissements qui offrent une approche spécialisée du traitement du trouble de la personnalité limite. Les différentes méthodes psychothérapeutiques y sont répertoriées par région. On y trouve également la liste des organismes communautaires pouvant fournir un accompagnement aux patients et à leurs proches. Ce site Internet est le fruit de l'Association québécoise de l'organisation limite de la personnalité. Il permet d'avoir accès à la psychoéducation ainsi qu'à une série de documents et de conférences en plus de représenter parfois la seule aide que le patient recevra. Lorsque la psy-

chothérapie est insuffisante ou que certains symptômes occasionnent trop de souffrance, un médicament peut être prescrit conformément aux recommandations du guide 2001 de l'American Psychiatric Association³ en fonction du type de symptômes présents (tableau V). Il faut traiter en priorité les troubles de l'axe 1. En 2005, le guide de pratique a été révisé⁴. Des études associant un antidépresseur et un neuroleptique atypique⁵ montrent une plus grande efficacité qu'avec les monothérapies. Cependant, les grandes lignes de conduite de la version 2001 demeurent en vigueur. Des méta-analyses plus récentes ont apporté quelques éléments de compréhension^{5,7} (tableau V), bien que les conclusions de diverses études soient parfois contradictoires entre elles. Les études de ces méta-analyses comprenaient principalement de petits groupes de patients ayant des symptômes très variables, différentes échelles d'évaluation ainsi qu'un court intervalle de traitement de cinq à vingt-quatre semaines (rarement plus). La plupart excluaient les patients présentant certains critères de dépression majeure, ayant des idées suicidaires ou souffrant de toxicomanie. Certaines classes d'antidépresseurs n'étaient pas incluses, dont les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline (ISRN). Nous vous mentionnons ces recommandations pour vous permettre de trouver d'autres options en cas d'échec.

Lorsqu'un traitement médicamenteux est prescrit, il doit faire l'objet d'un bon encadrement de manière à permettre un suivi adéquat et il doit reposer sur des faits objectifs pour qu'il puisse être ajusté (tableau VI)⁸.

Vous rencontrez brièvement M^{me} Tremblay afin de lui fixer un autre rendez-vous. Vous lui faites part de votre désir de l'aider dans les meilleures conditions possible et que les cinq minutes dont vous disposez aujourd'hui ne suffisent pas. La semaine prochaine, vous pourrez lui consacrer trente minutes, ce qui est beaucoup plus convenable.

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE exige une approche très particulière, reposant principalement sur un bon cadre thérapeutique dans lequel le patient et le médecin peuvent bâtir une relation de

Tableau VI

Comment prescrire un traitement médicamenteux pour un trouble de la personnalité⁸

- Bien exposer les avantages et les inconvénients. Mentionner qu'il n'y a pas d'effet miracle et que la période d'observation peut s'échelonner sur plusieurs mois.
- Évaluer l'effet du médicament en ciblant un ou deux symptômes. Demander à un proche de participer à l'évaluation des effets.
- S'assurer de la prise régulière du médicament avant de conclure à un échec thérapeutique.
- Prévoir que le patient cessera de prendre le médicament sans votre accord. L'informer des symptômes de sevrage et de la façon de reprendre le traitement.
- Afin d'éviter la polypharmacie, mieux vaut cesser un médicament qui ne fonctionne pas et le remplacer, à moins d'un effet partiel évident suffisamment bénéfique.
- Éviter un médicament qui peut être mortel en cas de surdosage (antidépresseurs tricycliques ou autres molécules qui allongent le segment ST) ou avec de l'alcool (benzodiazépines) ou encore qui peut conduire à une désinhibition des comportements perturbateurs (benzodiazépines).
- Prescrire un médicament qui peut être efficace pour plus d'un problème médical, comme la venlafaxine si le patient souffre de douleurs chroniques. Cependant, en limiter la quantité prescrite, car il y a un risque d'arythmie en cas de surdosage.

confiance. Différentes approches psychothérapeutiques se sont révélées efficaces. Malheureusement, il existe trop peu d'études comparant les différentes classes de médicaments ou les psychothérapies et les médicaments. Les études comparatives devraient être plus représentatives de notre clientèle habituelle atteinte d'un trouble de la personnalité. Par ailleurs, le traitement médicamenteux doit faire l'objet du suivi le plus objectif possible afin d'aider le patient et non de lui nuire, ce qui correspond davantage à l'art de la médecine. ☞

Lorsqu'il existe un trouble de la personnalité, le traitement repose principalement sur la psychothérapie.

Repère

Summary

Follow-up of difficult patients – surviving together. Personality disorder is a challenge for the family physician who will feel overwhelmed if he does not identify his own vulnerabilities and the unrealistic demands of his patient. In order to build a solid therapeutic relationship, the physician needs to be aware of communication misunderstandings and to keep a low level of expectations in regard with treatment outcome. Establishing limits accepted by the patient, while not being perceived as punitive measures, is essential for the survival of therapeutic relationship. Psychotherapy is the main treatment for personality disorder, and medication is prescribed as a supportive treatment for a cluster of symptoms. This approach needs more comparative studies between the different medication classes but until then, we rely on American Psychological Association guidelines, reviewed in 2005.

Date de réception : le 23 avril 2010

Date d'acceptation : le 25 juin 2010

La D^{re} France Caza n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. An PG, Rabatin JS, Manwell LB et coll. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med* 2009; 169 (4): 410-4.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003 160 (11 suppl.): 1-60. (Date de consultation : août 2010).
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1-52.
4. Oldham JM. *Guideline watch: Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington: American Psychiatric Association; 2005. Site Internet : <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/3/3/396> (Date de consultation : août 2010).
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 104-9.
6. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T et coll. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (1): 14-25.
7. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009; 23 (2): 156-74.
8. Silk KR. Personality disorders: medication management, principles of prescribing. *UpToDate* mai 2010. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 20 juillet 2010).