



# Vivre, m'organiser, travailler je m'arrête ou je continue ?

*Claire Gamache*

« Stop ou encore »  
(Plastic Bertrand)

**Docteur, vous êtes ma dernière chance. J'ai tout tenté... les antidépresseurs, les thérapies. Cela ne sert à rien. Je suis épuisée de me battre. La seule solution, c'est de me tuer ! Je ne vois pas d'autre issue, vous lance M<sup>me</sup> Chaos, 42 ans, en s'asseyant pour la première fois dans votre cabinet avec tonus, fracas et gros sanglots.**

## Je vis ou je meurs ?

Voilà peut-être la mise en contexte la plus difficile pour un médecin en cabinet. Cette façon percutante d'exprimer sa détresse est très demandante pour le médecin et pour l'entourage du patient.

L'évaluation du risque de suicide ne sera pas couverte dans le présent article, mais constitue une étape préalable aux interventions préconisées dans ce texte. Pour un algorithme de l'évaluation du risque de suicide, consultez les guides de pratique de l'American Psychiatric Association<sup>1</sup> et de la Canadian Psychiatric Association<sup>2</sup>, qui en contiennent chacun un. Après avoir établi les alertes suicidaires d'un patient atteint d'un trouble de la personnalité limite (voir l'article de la D<sup>re</sup> France Caza intitulé : « Suivi de patients difficiles, y survivre ensemble », dans ce numéro), vous devrez instaurer une forme de communication avec le patient qui modifie d'emblée le paradigme relationnel. C'est le sujet de cet article. Si les équipes travaillant auprès de ce type de clientèle<sup>3-8</sup> sont en général assez d'accord sur la théorie, l'application clinique peut parfois différer. La façon d'aborder les patients et d'intégrer les repères théoriques à leur réalité présentée dans cet article est issue du

*La D<sup>re</sup> Claire Gamache, psychiatre, exerce à l'unité d'hospitalisation brève et est cofondatrice de la cellule de crise de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. Elle est chef de l'urgence psychiatrique et se spécialise dans la gestion de crise des patients atteints d'un trouble de la personnalité limite.*

travail quotidien des intervenants de la cellule de crise de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. Il s'agit du fruit d'une formation solide par une pionnière en la matière, la D<sup>re</sup> Christiane Bertelli, de lectures assidues et d'un travail d'équipe passionné depuis douze ans.

Un récent collectif d'auteurs propose « de regarder au-delà de la guérison et de se concentrer sur les besoins des gens, comme avoir une vie sécuritaire, significative et que l'on choisit, tout en sachant que l'on vit avec un trouble qui persiste dans le temps<sup>2</sup> ».

Voici donc certaines pistes permettant d'utiliser les propos suicidaires comme levier pour aborder le patient atteint d'un trouble de la personnalité limite au-delà de la guérison.

Lorsqu'un patient tient de tels propos dans le cabinet d'un omnipraticien, il sait généralement qu'on ne le protégera pas de lui-même contre son gré, comme cela se produit parfois à l'hôpital. Il vient donc surtout exprimer sa détresse, formuler une demande d'aide et chercher de nouvelles solutions. Le clinicien peut alors poser avec empathie la question suivante : « Qu'est-ce que cela changerait pour vous de vous tuer ? ».

Étonnamment, plusieurs éléments intéressants ressortent souvent dans la réponse :

1. Cela me permettrait d'apaiser ma souffrance.
  2. Je pourrais enfin me reposer.
  3. J'exprimerais mon découragement et ma détresse pour qu'enfin tout le monde comprenne.
  4. Je ferais payer à mon conjoint, à mon employeur, à mes parents ce qu'ils m'ont fait vivre.
- Reprenons ces éléments un par un :

### *Apaiser la souffrance*

À ce stade, il est bon d'éliminer les troubles de l'axe I. Comme médecins, nous connaissons bien les critères de dépression majeure. Cependant, un patient atteint d'un trouble de la personnalité limite répond souvent à plusieurs critères de la dépression sans en souffrir pour autant. Le médecin doit donc cibler davantage les critères les plus spécifiques de la dépression, comme les éléments neurovégétatifs (fragilité du sommeil, perte de poids et troubles de concentration). L'aspect clé est le changement par rapport à la situation antérieure. Les questions doivent être plus rigoureuses. En voici quelques exemples :

- ⑥ À quelle heure vous endormez-vous ? Combien de fois vous réveillez-vous pendant la nuit ? Combien d'heures de sommeil avez-vous au total ? Est-ce que ces éléments sont différents d'avant ?
- ⑥ Dans quelles circonstances (écoute de film, lecture de livres ou d'articles, conduite automobile) avez-vous noté des pertes de concentration ?
- ⑥ Avez-vous subi une perte de poids ? De combien de livres et depuis quand ?

Un autre élément propre à la dépression est l'auto-culpabilité. Pour le patient atteint d'un trouble de la personnalité limite, les difficultés qu'il vit viennent la plupart du temps de l'extérieur. Par conséquent, il en reporte souvent la responsabilité sur les autres. Par ailleurs, il se sent vide et en colère. Le patient dépressif se sentira plutôt coupable et aura l'impression d'être un fardeau pour son entourage<sup>9</sup>.

Il est évidemment possible que les deux axes puissent cohabiter. Dans ces cas complexes, l'intervention proposée ici pour les troubles de l'axe II complète de façon beaucoup plus efficace l'approche classique de la dépression.

Une fois qu'un trouble de l'axe II a été mis en évidence, le médecin peut apaiser une partie de la détresse du patient en écoutant ce dernier, en mettant en place avec lui un plan de match ou en lui proposant d'essayer de nouveaux médicaments contre ses troubles de sommeil, son angoisse ou son impulsivité. Ainsi, il lui suggérera de remettre à plus tard la solution suicidaire.

### *Pouvoir enfin se reposer*

Les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite ont évidemment des vies très difficiles et mouvementées. De le reconnaître et d'être empathiques devant leur combat quotidien peut les apaiser en partie. Il s'agit de nouveau de valider la souffrance, ce qui s'avère presque toujours profitable dans la relation et rassurant pour le patient.

Certains patients auront besoin d'avoir des idées suicidaires toute leur vie pour se créer « une porte de sortie » virtuelle dans cette vie trop exigeante et douloureuse. Nommer cet état de fait peut constituer un soulagement pour le patient.

Aborder cette fatigue de vie comme une accumulation de réactions à des facteurs stressants à la fois chroniques et aigus peut également apporter des pistes de solution. Le suicide étant une réponse globale ou encore permanente à certains problèmes qui peuvent s'avérer temporaires, l'ébauche d'une hiérarchie des facteurs de stress, en commençant par le pire et en poursuivant jusqu'à ceux qui sont les plus « durables », pourrait permettre au patient de trouver ce qu'il doit travailler. Cette méthode permet également de départer les éléments stressants et de « découper le malheur en morceaux », ce qui est moins angoissant et moins écrasant. Élaborer une liste plus concrète afin de préciser les points à régler en premier devient plus activateur que de dénoncer cette fatigue existentielle sans proposer de solutions. On peut ensuite faire connaître au patient certaines ressources ou lui indiquer des façons dont on peut l'épauler pour qu'il soit en mesure de mieux réagir à ces différents facteurs de stress.

### *Faire sentir à tous qu'on n'en peut plus*

Il faut conseiller au patient une expression de détresse plus appropriée et mieux ciblée. Le récepteur du message (patron, conjoint, etc.) sera alors plus enclin à l'écouter et à y réagir adéquatement. Comment exprimer à ses proches qu'on est au bout du rouleau, que le travail devient insupportable, que la vie conjugale nécessite des ajustements ? Le médecin doit recommander d'autres options au patient. Est-ce que quelques

***Il s'agit de valider la souffrance, ce qui s'avère presque toujours profitable dans la relation et rassurant pour le patient.***

*Repère*

rencontres avec un thérapeute conjugal ou un arrêt de travail peuvent s'avérer utiles pour exprimer ce trop-plein ? Est-ce qu'une psychothérapie peut permettre de nommer plus clairement ses besoins sur les plans conjugal ou professionnel pour ensuite mieux les exprimer à autrui ?

### *Exprimer de façon inappropriée ses émotions*

Lorsque le patient n'exprime pas ses émotions correctement, le médecin doit tenter de nommer les émotions qui sont douloureuses et d'ébranler le patient dans ses solutions excessives.

- ☉ « Je sens à l'intérieur de vous une très grande colère avec laquelle vous semblez avoir de la difficulté à composer. »
- ☉ « Croyez-vous qu'il serait plus utile de mieux la cerner et de l'extérioriser différemment ? »
- ☉ « Votre patron va poursuivre sa vie si vous vous suicidez alors que vous vous serez mort. Croyez-vous que vous y gagnerez ? »
- ☉ « Se suicider, c'est aussi un meurtre. Vous vous tuez, mais vous tuez en même temps le père de vos enfants, le mari de votre femme, le fils de votre mère. »

Il faut bien garder en tête le contrat social qu'impose notre rôle de médecin. Un adulte responsable habituellement organisé et ayant une bonne partie de ses moyens (si on exclut celui souffrant d'une dépression majeure de modérée à grave avec trouble du jugement ou psychose) vient exprimer une détresse majeure lorsqu'il avance des intentions suicidaires. Comme médecin également responsable, nous pouvons établir un contrat de responsabilité partagée avec l'autre adulte. Il s'agit d'une entente, en général, non écrite qu'il faut définir avec le patient. Nous avons certains outils pour l'aider (arrêts de travail, ordonnances, écoute, orientation en spécialité), des connaissances pour le guider, mais aussi des limites. Nous offrons donc ce que nous sommes capables d'offrir. En contrepartie, puisque les rôles sont clairs, nous indiquons au patient les responsabilités qui sont les siennes (ex. : se mobiliser, prendre ses médicaments, éviter de consommer de l'alcool ou

des drogues, etc.) et lui précisons qu'il devra assumer les conséquences de ses choix.

Dawson et MacMillan nous mettent beaucoup en garde contre la déresponsabilisation, l'invalidation et la prise en charge du patient atteint d'un trouble de la personnalité limite. Le médecin doit éviter de prendre la responsabilité de la vie du patient à sa place<sup>5</sup>.

De plus, ces patients sont extrêmement sensibles au regard des autres<sup>5</sup>. Par conséquent, si le médecin juge que son patient est responsable et capable de prendre en main la gestion de sa détresse, c'est ce message que le patient recevra et il se mobilisera possiblement davantage. Si le médecin croit plutôt que le patient est incapable de trouver des pistes de solution, s'il se sent démuni ou impuissant, le patient fera sienne cette vision des choses.

Le patient atteint d'un trouble de la personnalité limite a généralement traversé par le passé de multiples traumatismes et épreuves et y a survécu. Il peut donc être utile de retracer les éléments qui lui ont permis de s'en sortir auparavant et de lui demander quels moyens ont déjà fonctionné. Le médecin doit reconnaître que son patient a probablement vécu des événements beaucoup plus difficiles que lui n'en vivra jamais et qu'il a réussi à s'en sortir malgré tout. Cette façon de faire valide la quête exigeante d'équilibre et expose les forces et les habiletés de survie de la personne.

### *J'aménage des pauses de vie, mais où ?*

Une fois que la survie est devenue l'enjeu de l'alliance ou du partenariat entre le patient et le médecin, il faut établir quels éléments du quotidien sont lourds et doivent être diminués ou retirés. Dès le premier rendez-vous, nous pouvons demander au patient d'y réfléchir et nous pouvons cerner les zones de souffrance les plus importantes. Il peut s'agir d'un enjeu relationnel au travail ou avec un membre de la famille (parents, fratrie, enfants) ou encore d'une incapacité temporaire à surmonter une période de stress tout en conservant l'équilibre du quotidien.

Le patient a donc pour objectif d'aménager sa vie

***Certains patients auront besoin d'avoir des idées suicidaires toute leur vie pour se créer « une porte de sortie » virtuelle dans cette vie trop exigeante et douloureuse. Nommer cet état de fait peut constituer un soulagement pour le patient.***

Repère

### Tableau I

#### Options de pause de vie

- Hospitalisation de courte durée
- Séjour en centre de crise
- Séjour en centre de désintoxication
- Hébergement temporaire chez un membre de la famille ou un ami
- Voyage
- Retraite de réflexion (monastère d'Oka, centre de croissance personnelle)
- Suspension temporaire ou permanente des contacts avec plusieurs membres de la famille
- Signalement à la DPJ ou placement temporaire d'un enfant
- Pause relationnelle avec le conjoint
- Arrêt de travail

dans l'immédiat pour qu'elle soit moins exigeante. Afin de l'inciter à amorcer une réflexion, divers exemples peuvent être énoncés (*tableau I*). Le message global à lui transmettre est que « tout est possible et que tout est mieux que mourir ».

Dans un scénario idéal, la « pause de vie » servira de tremplin à une meilleure organisation et à une vie moins chaotique dans l'avenir. La première étape est instaurée et organisée lors de la crise suicidaire, mais les autres devraient être planifiées et abordées avec le patient. Le médecin peut devenir le chef d'orchestre et être épaulé par un psychologue ou une infirmière qui guideront le patient dans ses choix.

Ce processus doit alors s'aménager dans un cadre thérapeutique comme celui que propose la D<sup>re</sup> France Caza dans son article.

#### **Suis-je apte à travailler ?**

##### *L'arrêt de travail : « le danger croît avec l'usage »*

L'arrêt de travail chez le patient atteint d'un trouble de la personnalité limite peut servir, comme chez tout autre patient, à stabiliser un trouble de l'axe I. Si les symptômes de l'axe I sont très légers ou absents, l'ar-

### Tableau II

#### Objectifs d'un arrêt de travail

- Éviter que l'irritabilité ou l'impulsivité récemment exacerbées abîment le lien d'emploi
- Mieux organiser ses relations, son quotidien ou sa routine
- S'occuper de son problème de consommation
- Apprendre à mieux gérer les exigences du travail, à mettre ses limites
- S'équiper pour mieux affronter un conflit relationnel au travail

rêt de travail peut alors être utilisé à bon escient comme « pause de vie ». Il s'agit d'une possibilité parmi d'autres (*tableau I*).

Souvent les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite sont plus à l'aise au travail qu'à la maison, car les relations y sont moins intimes et moins intenses. La solitude est aussi parfois moins grande. Le cadre et la structure qu'offre l'horaire de travail sont donc salutaires. Le travail représente chez certains patients la zone de vie la plus saine, celle que l'on veut conserver comme moteur pour mieux aménager le reste.

L'arrêt de travail complet n'est donc pas toujours la solution à adopter. Une diminution des journées ou de la charge de travail peut être négociée en vue du maintien de ce cadre sain et structurant.

Si l'arrêt de travail apparaît inévitable au moment de la crise, il devrait être court (de deux à trois semaines) et présenté comme une première étape. Par la suite, l'arrêt doit être justifié, planifié et organisé. Dans quel but cesse-t-on de travailler ? Le *tableau II* expose différentes raisons.

Quels objectifs réalistes se fixe-t-on ? Combien de temps se donne-t-on pour y arriver ? Même en présence d'un trouble de l'axe I chez un patient atteint d'un trouble de la personnalité limite, ces balises demeurent nécessaires pour éviter les pièges énoncés dans les articles des D<sup>rs</sup> Frare et Denis et de la D<sup>re</sup> Caza dans ce numéro.

Une consultation en psychiatrie peut constituer une occasion de préciser le diagnostic, de recevoir des soins

**Le message global est que « tout est possible et que tout est mieux que mourir ».**

Repère

de psychoéducation, d'établir avec plus de précision les raisons et les circonstances de l'arrêt de travail et de motiver le patient pour un retour au travail.

Des activités de bénévolat ou en centre de jour ou encore une thérapie installent et maintiennent une structure et un cadre au quotidien et limitent la régression et la passivité.

De nouveau, c'est le patient autonome et gestionnaire de sa vie qui conserve la responsabilité de maintenir son quotidien et ensuite celle de son lien d'emploi.

Si l'arrêt de travail est bien organisé et structuré, le retour sera plus harmonieux. Encore une fois, la planification demeure essentielle. Les conseillers en réadaptation des compagnies d'assurance (tierce partie) s'avèrent très utiles dans la préparation et la réinsertion au travail. Il faut viser à dénouer l'impasse de l'anticipation négative d'un retour dans les mêmes conditions pathogènes, et ce, rapidement<sup>10</sup>.


*Vous retrouvez M<sup>me</sup> Chaos et lui offrez de lui laisser quelques minutes pour se calmer pendant que vous voyez un autre patient. Elle se ressaisit immédiatement. Vous prenez donc un moment pour l'écouter vous exposer sa détresse. Vous lui demandez ensuite quel changement ou événement elle prévoit provoquer en essayant de se suicider. Vous tentez ainsi de mieux délimiter avec elle sa souffrance et d'y apporter un début de solution. Elle veut que sa fille sache combien elle lui manque. Elle ne dort plus depuis que son aînée a quitté la maison, ce qui entraîne des troubles de concentration au travail et de l'irritabilité. Elle a d'ailleurs reçu une lettre de réprimande.*

*Vous défaites cette cascade avec elle. Vous lui demandez ce qu'elle attend de vous. Le partenariat peut alors s'installer. Vous acceptez de signer un arrêt de travail de deux semaines et de lui prescrire un médicament pour l'aider à dormir. En retour, elle s'engage à rédiger une lettre à sa fille et à vous la montrer, à noter toutes ses activités, à se coucher à des heures régulières et à revenir vous voir dans deux semaines.*

**N**OUS AVONS EXPLORÉ comment recevoir en cabinet « le tout ou rien » ou « le blanc et le noir » du patient atteint d'un trouble de la personnalité limite et comment tenter de lui proposer des nuances ou « des teintes de gris ». Nous avons aussi vu comment répondre à la proposition relationnelle d'un tel patient et rétablir le contrat social, médical et thérapeutique. L'alliance de travail vers le rétablissement passe in-

## Summary

**Living, getting organized, and working... should I stop or should I go on?** Suicidal talk is often used by patients with borderline personality to express their distress. When, from the start, the person describes himself as being a victim, incompetent or in loss of control he is, in fact, asking his doctor to take charge. How should the physician respond to this "all or nothing" speech? How can he avoid being the capable saviour who manages the lives of others? This article shows ways to appease the patient's pain and help him reorganize his life.

évitement par une entente de responsabilité partagée entre deux partenaires compétents, le patient et le médecin. 

**Date de réception :** le 23 avril 2010

**Date d'acceptation :** le 25 juin 2010

La D<sup>re</sup> Claire Gamache a été conférencière en 2009 et en 2010 pour les entreprises pharmaceutiques AstraZeneca, Eli Lilly et Merck.

## Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington : American Psychiatric Publishing ; 2003. Site Internet : [www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_14.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_14.aspx) (Date de consultation : août 2010).
2. Sakinofsky I. Caring for the suicidal patient. *Can J Psychiatry* 2007 ; 52 ; (6 suppl. 1) : 1-6. Site Internet : [publications.cpa-apc.org/media.php?mid=432](http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=432) (Date de consultation : août 2010).
3. Linehan MM. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : The Guilford Press ; 1993.
4. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW et coll. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York : BasicBooks ; 1989.
5. Dawson D, MacMillan HL. *Relationship management and the borderline patient*. New York : Brunner/Mazel éditeurs ; 1993. 212 p.
6. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.
7. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of borderline patients. *Compr Psychiatry* 2001 ; 42 (6) : 482-7.
8. Gunderson JG. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 (8) : 967-75.
9. Leclerc C et coll. *Trouble de personnalité limite et réadaptation, points de vue de différents acteurs*. Tome II. Saint-Jérôme : Les Éditions Ressources inc. ; 2010.
10. St-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M et coll. Determinants of return to work among employees absent due to mental health problems. *Ind Relat Q Rev* 2007 ; 62 (4) : 690-713.