

Les difficultés relationnelles avec les patients borderline en cinq questions

Drs CHRISTIAN GREINER^a, MÉLANIE DE NERIS^a, EVA KAZAKOU^a, MOHAMED ESHMAWEY^a et PACO PRADA^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 333-6

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble fréquent, sévère et qui confronte les professionnels de la santé à certaines de leurs limites. Les difficultés relationnelles avec ces patients entraînent des ruptures de suivi, des soins inutiles ou délétères. Nous proposons des réponses simples aux questions qui surgiront immanquablement dans la prise en charge des patients borderline. Elles sont applicables par les généralistes et les spécialistes, afin de relever au mieux le défi que ces patients nous posent. Nous insistons sur l'importance de reconnaître et dépister le trouble. Nous proposons d'en parler avec le patient et de fournir les explications nécessaires. Cela permet de se préparer aux crises. Enfin, interagir avec les autres soignants est important pour garantir un dispositif de soins efficace et durable pour ces patients.

Relationship difficulties with borderline patients in five questions

Borderline personality disorder is a common and severe disorder that confronts health professionals with some of their limitations. Relational difficulties with these patients lead to discontinuation of follow-up or unnecessary or even deleterious care. We present here simple answers to the questions that will inevitably arise in the management of your borderline patients. They are applicable by both general practitioners and specialists, to better meet the challenge that these patients ask us. We insist on properly recognizing and detecting the disorder. We propose to disclose the diagnosis to the patient and provide the necessary explanations. This is the better way to anticipate the repeating crises. Finally, interacting with other caregivers is important to ensure an effective and sustainable care system for these patients.

INTRODUCTION

La prise en charge des patients souffrant de trouble de personnalité borderline (TPB) est un challenge pour les médecins. Ces patients consultent plus souvent que la moyenne leurs médecins de premier recours, téléphonent plus fréquemment hors consultation et présentent régulièrement des demandes de prescription en urgence induisant un risque de polypharmacie.^{1,2}

La conjonction des crises à répétition, des symptômes polymorphes (physiques et psychiques) et des passages à l'acte produit des ruptures thérapeutiques et une discontinuité des soins. Dans un environnement à forte densité médicale comme la Suisse romande, les trajectoires de ces patients sont trop chaotiques et possiblement iatrogènes. Il s'agit d'un trouble

fréquent (6% des patients en médecine de premier recours, 10% en psychiatrie ambulatoire) et sévère (10% de suicides réussis), dont le pronostic est en fait meilleur qu'initialement pensé, pour autant que l'on arrive à s'engager avec eux dans des traitements bien structurés et articulés.²

Qu'est-ce qui explique la relation tumultueuse que nous entretenons avec ces patients? Le défi relationnel et thérapeutique qu'ils nous posent. Comment pouvons-nous y répondre? En respectant des principes généraux et pragmatiques que nous illustrons en répondant à cinq questions que tout médecin se pose avec ses patients borderline.

COMMENT RECONNAÎTRE LE TROUBLE BORDERLINE CHEZ MON PATIENT?

Les patients consultent en général pour d'autres problèmes. Ils se plaignent de troubles du sommeil, de dépression, de burn-out, d'abus de substances ou de symptômes somatiques. Nous ne nous rendons compte que le patient souffre d'un TPB seulement lors de l'apparition des premières difficultés. Celles-ci sont de plusieurs ordres: une mauvaise réponse au traitement, évolution clinique ou observance thérapeutique, une grande fluctuation des plaintes. Cela peut aussi être notre ressenti que le patient est «difficile» ou «pénible». Le patient peut se montrer interprétatif, ne pas croire à nos intentions. Il peut mettre à l'épreuve notre disponibilité par des sollicitations fréquentes ou utiliser nos prescriptions à mauvais escient.³

Reconnaître le trouble permet de mieux se préparer à ce qui va arriver dans la relation thérapeutique: intenses fluctuations de l'état émotionnel, hauts et bas dans la relation. Ces patients présentent une hypersensibilité interpersonnelle qui les rend vulnérables à nos attitudes. En présence de signes d'appel, il convient de se poser la question d'un TPB dont les critères diagnostiques figurent dans le **tableau 1**. Reconnaître le problème, comprendre les perturbations relationnelles comme symptomatiques, permet de prévenir des réponses inadaptées de notre part, comme exprimer un rejet ou de la colère face aux attitudes dévalorisantes que ces patients peuvent avoir. Cela nous donne accès à des réponses plus utiles, comme la curiosité pour l'état émotionnel du patient, facilitant le bon déroulement du traitement.³

DOIS-JE EN PARLER AVEC LUI/ELLE? COMMENT FAIRE ET QUE LUI DIRE?

Oui, il faut en parler! En particulier si cela pose des problèmes thérapeutiques. Tant les patients que leurs familles évoquent

^a Unité d'investigation et de traitements brefs (UITB 2-JC), Service de psychiatrie de liaison et intervention de crise, HUG, 1211 Genève 14 christian.greiner@hcuge.ch | melanie.deneris@hcuge.ch | eva.kazakou@hcuge.ch mohamed.eshmawey@hcuge.ch | paco.prada@hcuge.ch

TABLEAU 1	Critères diagnostiques en pratique
Comment reconnaître le trouble de la personnalité borderline chez mon patient?	
Critères essentiels	
<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité interpersonnelle <ul style="list-style-type: none"> - Relations intenses et instables, idéalise puis dévalorise - Se sent soit connecté, soit menacé ou abandonné • Comportements autodommageables et suicidaires <ul style="list-style-type: none"> - Scarifications, se taper la tête contre les murs, se mordre - Idées suicidaires chroniques 	
Critères supplémentaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Humeur et émotions <ul style="list-style-type: none"> - Changements quotidiens entre tristesse, colère, anxiété et vide - Difficultés de retourner à un état calme • Impulsivité <ul style="list-style-type: none"> - Consommation alcool ou nourriture de type «binge» - Dépenses compulsives - Conduites sexuelles à risque 	

(Adapté de réf.3,9).

le soulagement et l'utilité d'être informés du diagnostic.⁴ Cela permet l'élaboration d'un plan de traitement adapté, qui envisage les difficultés à venir et rend les attentes plus réalistes, tant pour le patient que pour le clinicien. Cela améliore l'alliance thérapeutique. De plus, la psychoéducation qui accompagne le diagnostic est une étape fondamentale du soin. Par exemple, expliquer que les comportements autodommageables sont une tentative de régulation émotionnelle permet à tous d'en avoir une compréhension moins péjorative.⁵

Mais, si la réponse est claire, pourquoi est-ce si difficile à faire? Pourquoi 60% des psychiatres admettent-ils ne pas avoir communiqué ce diagnostic et 40% ne pas l'avoir documenté? Il y a la crainte de stigmatiser le patient, que celui-ci se sente critiqué, honteux. Il y a la perception erronée des symptômes du patient comme étant des actes volontaires. La croyance aussi de pouvoir aider le patient sans lui donner le diagnostic. Enfin, la crainte des réactions émotionnelles de ces patients peut expliquer que nous évitions d'évoquer le diagnostic avec eux alors que nous le faisons entre collègues.⁶

Quelle est la meilleure façon de faire? Une manière simple de parler du diagnostic est d'aborder les neuf critères diagnostiques du DSM-5⁷ avec le patient et de lui demander si cela lui paraît correspondre à son expérience.³ Si l'on ne trouve pas les cinq critères diagnostiques requis, les critères interpersonnels et les comportements autodommageables restent les plus importants (tableau 1).

COMMENT PUIS-JE FAIRE EN SORTE QUE LA THÉRAPIE RÉSISTE (ET MOI AVEC)?

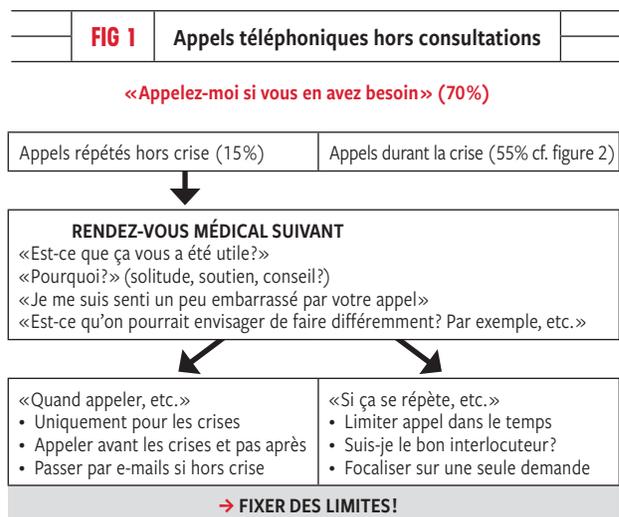
Rudement mise à l'épreuve, la continuité des soins est un enjeu majeur de la prise en charge des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline.² Chaque médecin, chaque cadre thérapeutique, a des limites de résistance. Comment tenir le cap face à des nombreuses consultations demandées dans l'urgence, des rendez-vous manqués, des appels trop fréquents ou des demandes de soins ou de certificats inappropriées?

Ces manifestations sont le reflet des symptômes du trouble. Dans le soin, un patient oscille entre le sentiment d'être dans un bon lien avec son médecin et le sentiment d'être menacé, négligé ou rejeté par lui.³ C'est dans ce second cas qu'apparaissent les comportements qui peuvent être les plus inquiétants. L'objectif est de pouvoir rester soutenant, concerné et curieux, d'accepter et de nommer nos incertitudes, tout en nuances plutôt qu'en noir et blanc, en tout ou rien. En ce sens, il est souhaitable d'adopter une posture marquée par la réflexion afin de contrebalancer la tendance à agir du patient. Il convient d'être présent, actif et explicite durant les entretiens. La passivité peut être interprétée comme du désintérêt. L'objectif thérapeutique doit être travaillé et clair. Cela doit se faire à chaque fois qu'un changement dans le traitement le nécessite. Les moyens thérapeutiques et le cadre doivent être bien précisés et en accord avec les objectifs pour éviter les attentes démesurées ou implicites qui pourraient être déçues, les limites sont définies le plus tôt possible. Il faut parfois les transgresser pour les restaurer dès que possible. Plutôt que de laisser le patient dans le vide, il est préférable de prévoir des consultations à intervalles réguliers. Il faut assumer nos erreurs et les reconnaître. Il nous arrive d'être en retard, d'annuler des rendez-vous ou d'être parfois indisponibles, ce qui est désagréable pour le patient. Mais si le médecin est responsable, le patient aussi! Nous n'avons pas besoin de chercher à annuler son sentiment de honte ou de culpabilité et pouvons explorer les conséquences de ses actes. Si vous ne supportez plus le patient, il est nécessaire d'en parler à un collègue pour bénéficier d'un regard externe.

John Gunderson³ propose un algorithme permettant d'aborder les communications téléphoniques avec un patient de manière structurée (figure 1). En effet, 70% de ces patients appellent hors consultation, avec, dans 15% des cas, une raison jugée inappropriée par le médecin. Cela a un effet sur la relation thérapeutique et constitue un bon exemple de discussion du cadre thérapeutique.

COMMENT FAIRE AVEC LES COMPORTEMENTS AUTODOMMAGEABLES ET SUICIDAIRES?

Les comportements autodommageables (CA, 70% des patients avec TPB) et suicidaires (CS, 80% ont essayé, trois tentatives



(Adaptée de réf.3).

en moyenne) sont la règle chez les patients borderline. Ils génèrent une anxiété ou un rejet même chez les soignants.⁸ Les CA sont variables dans leurs modalités et sévérité (se gratter les croûtes, se mordre, se taper la tête contre les murs, se scarifier, se brûler). Ce sont des tentatives inadaptées, mais efficaces, de réguler la détresse émotionnelle, sans volonté de mourir. Des situations de menace d'un lien interpersonnel significatif en sont un déclencheur fréquent.³ Les idées et comportements suicidaires s'inscrivent aussi dans un contexte interpersonnel, la volonté de mourir étant cette fois-ci franche, mais tout de même paradoxale: lors d'une tentative de suicide, les patients borderline souhaitent mourir si personne ne les sauve, mais préfèrent vivre s'ils sont secourus. La distinction entre CA et CS peut être difficile. Il convient d'évoquer ces comportements avec les patients, car eux-mêmes peuvent les confondre. Bien les définir leur permet de mieux les distinguer.

Il ne faut pas ignorer les signes de CA. Ils ont une fonction de communication de la détresse lorsque les autres moyens font défaut et sont un facteur de risque important pour les CS.⁸ Il faut alors investiguer l'étendue de ces comportements, leur fréquence, leurs modalités, leur fonction. Il ne faut ni minimiser, ni sur-réagir. Il convient de soigner systématiquement leurs conséquences et proposer un suivi psychologique adapté.

Pour les crises suicidaires, le mieux est d'anticiper leur possible survenue en prévoyant un plan de crise expliquant par écrit les conduites à tenir, les personnes ressources et les modalités de recours aux structures d'urgence. Le point cardinal à conserver à l'esprit dans ces crises est l'importance du lien interpersonnel. Ce n'est pas le moment de régler la question du cadre, mais de préserver le lien (tableau 2). Une fois la crise passée, il faudra revenir sur les débordements, les travailler en respectant un équilibre entre exprimer son inquiétude, responsabiliser le patient et préciser ses limites.³ Il faut travailler, passage à l'acte après passage à l'acte, à augmenter la capacité de ces personnes à faire appel avant tout comportement autodommageable plutôt qu'après. Il convient d'être attentif à se rendre disponible dans ce cas.

COMMENT JE FAIS POUR COMMUNIQUER AVEC LES AUTRES INTERVENANTS?

Un des écueils est de se retrouver isolé, unique soignant d'un patient qui refuse de consulter ailleurs alors que l'on se sent sur le point de ne plus pouvoir en assumer la responsabilité. Il est utile de ne pas se sentir seul dans ces prises en charge. Du point de vue du médecin, cela permet d'obtenir du soutien

	TABLEAU 2	Appels téléphoniques de crises	
19h15: «Je n'en peux plus, j'ai envie de me faire du mal, de disparaître»			

- Exprimer sa préoccupation, ses inquiétudes
- Permettre au patient de raconter ce qui lui arrive, de ventiler
- Repérer le contexte interpersonnel de la crise (hypersensibilité, incompréhensions et menaces dans un lien)
- Demander au patient d'être explicite sur l'aide dont il aurait besoin
- Être franc sur vos limites
- Assumer qu'il peut utiliser les services d'urgences sauf si informations contraires

(Adapté de réf.3).

auprès de confrères, de partager la responsabilité médicale, d'avoir un regard externe sur la prise en charge et ses possibles dérives auxquelles la pression relationnelle de ces patients peut conduire. Du point de vue du patient, cela permet d'avoir plusieurs personnes vers qui se tourner en cas de conflit avec l'un ou l'autre de ses médecins. Mais cela peut générer de la confusion. L'hypersensibilité interpersonnelle provoque des mouvements d'idéalisation et de dépendance au soignant lorsque ces patients se sentent soutenus, et de dévalorisation et colère lorsque le lien est menacé (par exemple, indisponibilité ou vacances).³ Les divisions fluctuantes entre «bons» et «mauvais» soignants font partie des symptômes et vont se produire, ce sera «les uns contre les autres». Communiquer entre soignants permet de conserver un environnement de soins aussi peuplé que possible pour ces patients (tableau 3). Il faut garder à l'esprit que bien que ces patients consomment beaucoup de soins somatiques, ce sont aussi des patients qui recherchent activement une réponse à leur détresse psychique.² Cela peut faciliter la possibilité de leur proposer d'accepter des soins psychologiques.

	TABLEAU 3	Communication avec les autres soignants	
«Bonjour, je souhaiterais parler à la Dre ... concernant Mme ...»			
Définir les rôles = un seul intervenant			
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de crise • Traitements pharmacologiques • Certificats médicaux • Communication avec la famille 			
Règles de communication			
<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer = condition non négociable du soin • Se transmettre les plaintes du patient • Se transmettre les plaintes des soignants • Admettre ses erreurs éventuelles 			
→ Permet de responsabiliser les patients			

(Adapté de réf.3).

CONCLUSION

Le mot borderline est utilisé très régulièrement, mais souvent de manière erronée, comme pour mettre à distance quelque chose qu'on croirait connaître, mais qui reste en fait mal identifié. Pourtant, déceler un trouble borderline tout en explicitant sa démarche aux patients est à la fois simple et subtil, et s'avère thérapeutique. Être explicite sur ce que nous pouvons faire ou pas, comment et avec qui, participe à établir un cadre de soins clair. C'est alors que les difficultés relationnelles vont s'en mêler, mais ce cadre permettra de les révéler et de revenir au cap fixé. Les patients borderline nous demandent de rester en éveil, curieux, et de réfléchir sans relâche à notre posture de soignant pour la maintenir.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Reconnaître le trouble de la personnalité borderline (TPB) se fait souvent tardivement et en raison de difficultés rencontrées avec ces patients
- Discuter du diagnostic du trouble borderline avec les patients est un élément du soin, mais reste embarrassant pour les professionnels de santé
- Les difficultés que nous éprouvons avec ces patients sont liées aux symptômes du trouble, garder cela en tête permet d'éviter de se retrouver débordé ou de se montrer rejetant
- Communiquer avec tous les intervenants et définir des rôles clairs est essentiel pour une prise charge adéquate des patients avec TPB

- 1 Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. *Int J Psychiatry Med* 2011;41:355-63.
- 2 Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am* 2014;98:1049-64.
- 3 *Gunderson JG. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Association Publishing, 2014.
- 4 **Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med* 2011;364:2037-42.
- 5 **Desseilles M, Grosjean B, Perroud N. *Manuel du Borderline*. Paris : Ed. Eyrolles, 2014.
- 6 Sisti D, Segal AG, Siegel AM, et al. Diagnosing, disclosing, and documen-

- ting borderline personality disorder: a survey of psychiatrists' practices. *J Pers Disord* 2016;30:848-56.
- 7 DSM-5, *Diagnostic Statistical Manual 5th. Ed.*, American Psychiatric Association, 2013.
 - 8 *Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, et al. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377:74-84.
 - 9 Linehan MM. *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press, 1993.

*à lire

**à lire absolutement