

PRÉFACE

par Évens Villeneuve

J'ai accepté l'invitation de Kévin de commenter son ouvrage, tout en préservant le privilège de me retirer si l'entreprise ne me convainquait pas. Eh bien, me voici!

Pour atteindre cet état de conviction, je dois vous parler brièvement de quelques éléments à l'appui de celui-ci, dont principalement l'intention de l'auteur et la prétention de l'utilité de l'approche.

L'auteur est un jeune psychiatre que j'ai connu lors d'une aventure audacieuse de sa part de se livrer à une supervision devant des collègues au congrès de l'AMPQ (Association des médecins psychiatres du Québec) 2023 dont le thème était : *l'esprit du débutant, de la curiosité à l'action*, à laquelle je tenais le rôle du superviseur. De nos échanges préparatoires à cet atelier, j'ai pu rapidement constater sa maturité et la qualité de ses questionnements dans la rencontre des personnes avec un trouble de la personnalité. Sa quête dans la pratique de la psychiatrie, bien illustrée par la proposition de ce guide, est une quête de sens dans la rencontre avec le patient, et cela, dès les premières rencontres.

Il est conscient des risques élevés de décrochage des soins propres à ce trouble et à la stigmatisation. Il se veut davantage comme porteur d'espoir et de progrès vers le rétablissement.

C'est ce que l'on veut tous, du moins je le souhaite.

Je retrouve cela dans ce guide de pratique.

Son approche, intégrée à ses valeurs comme soignant a, à mon sens, comme potentiel et objectif, de calmer la « stable instabilité¹ » de ces personnes, favorisant ainsi de meilleures capacités réflexives et une adhésion conséquente aux traitements.

L'approche proposée repose sur le paradigme neurobiologique positionnant les symptômes communs aux troubles de la personnalité comme un trouble d'adaptation du cerveau. « Ce guide propose de détourner un moment le regard de cette réponse automatique psychologique pour s'orienter vers le corps et les affects », « Mieux se comprendre », « Mieux se connaître », « Mieux connaître le fonctionnement de son corps et de son cerveau ». Les objectifs de ces informations et de ces stratégies transmises m'apparaissent réalistes.

Au-delà et peut-être même de manière implicite à cette approche, Kévin nous illustre ces bons vieux facteurs non spécifiques de changement dans le traitement des troubles de la personnalité que sont l'intégrité et la sincérité de l'aide, l'alliance qui en résulte et l'espoir d'un avenir meilleur pour ces personnes. Quelle que soit l'approche, ces facteurs sont à mon sens incontournables.

J'ajouterai l'objectif significatif mis en exergue dans ce guide de faire alliance dès un premier contact avec les soins.

Ce livre est à proposer à tous les soignants, mais je conçois notamment sa pertinence pour les professionnels de première ligne, médecins de famille, externes et résidents.

1. Melitta Schmeideberg (1904-1983), psychiatre et psychanalyste, fille de Mélanie Klein et émule d'Anna Freud, de qui j'ai retenu le concept de « stable instabilité » (1953) pour décrire les personnes avec un trouble de la personnalité.

Évens Villeneuve

Psychiatre récemment retraité, qui a été professeur agrégé au Département de psychiatrie et de neurosciences de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Chef du programme de traitement des troubles sévères de personnalité à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et adjoint vice-décanat de la responsabilité sociale à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

REMERCIEMENTS

Je remercie ma famille et ma belle-famille pour leur soutien constant et indéfectible, leurs encouragements et leurs nombreuses relectures tout au long de ce projet d'écriture.

Je remercie aussi tous les lecteurs attentifs et précieux qui ont participé à rendre cet ouvrage tel qu'il est aujourd'hui. Leurs commentaires et leurs réflexions ont grandement contribué à façonner ce livre. Mes remerciements vont à Audrey Anne H., Marc Z., Josiane L., Nicolas Z., Diane D., Jacques Q., Simon Pierre H., Simon Olivier H., Larissa T., Céline V., Miguel A., Véronique D., Jennifer L., et Émilie L-N.

Je souhaite adresser un remerciement spécial à Évens Villeneuve pour m'avoir soutenu dans mon projet, ce qui a été essentiel dans l'aboutissement de cet ouvrage.

Je veux aussi exprimer ma reconnaissance envers mes collègues de travail et toutes les personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite avec qui j'ai travaillé.

INTRODUCTION

La semaine fut difficile pour Alex : il a eu plusieurs embûches à l'université et une succession de mauvaises nuits. Hier, il n'a tout simplement pas dormi. Il est 20 h, il est à bout et compose le numéro de téléphone de la ligne d'écoute 24/7. Le professionnel au bout du fil s'inquiète devant la colère, les idées suicidaires et la désorganisation de la pensée d'Alex. Il lui exprime son inquiétude et lui demande d'appeler une ambulance pour se rendre aux urgences. Mais Alex, qui vit une crise, refuse. Le professionnel applique alors le protocole et appelle la police. Les policiers arrivent et, après discussion, décident de contacter eux-mêmes une ambulance pour transporter Alex aux urgences les plus proches, où il est déjà allé à de multiples reprises. Le personnel des urgences, qui connaît trop bien ce « patient », est saturé par ses admissions répétées. Alex est étiqueté comme souffrant d'un « TPL » (trouble de la personnalité limite). Dès son arrivée aux urgences, il perçoit légitimement des messages contradictoires d'accueil et de rejet, d'aide et de non-intervention. Il se sent rejeté et abandonné dans sa souffrance. Sa détresse, son anxiété et sa désorganisation s'amplifient. Alex est rapidement adressé au psychiatre par le médecin des urgences pour une évaluation de la « crise suicidaire chez un TPL connu de vos services ». Alex refuse d'être évalué par le psychiatre, mais on lui explique que, pour quitter les urgences, il doit être évalué. Il sait déjà que le psychiatre va lui dire qu'il souffre d'un trouble dans sa personnalité, et cela le met encore plus en colère.

Il arrive souvent que les psychiatres et les infirmiers et infirmières de psychiatrie doivent débiter l'entretien d'évaluation du risque suicidaire dans ces mauvaises conditions : la personne à évaluer est en crise, sur la défensive, et sait très bien ce qui va suivre, car elle l'a vécu à de multiples reprises.

Aujourd'hui, le psychiatre de garde, c'est moi. J'évalue Alex en suivant un protocole bien rodé, rempli de questions sur ses antécédents personnels et familiaux, ses idées suicidaires présentes et passées, sa prise de drogues, son historique de médicaments, les événements qui l'ont conduit aux urgences, etc. Alex collabore peu. Il semble visiblement épuisé de répéter les mêmes réponses et ne comprend pas pourquoi il doit « rabâcher » les informations déjà dans son dossier. De plus, moins il m'en dit, plus il a de chances de rentrer rapidement chez lui. Alors, Alex se dit « mieux vaut être bref et concis avec ce psychiatre ».

Au terme de l'entretien, j'ai établi le diagnostic et le niveau du risque suicidaire : « Impression diagnostique : patient d'une vingtaine d'années présentant une crise suicidaire en cours de résolution dans le cadre d'un trouble de la personnalité limite avec dysrégulation affective et émotionnelle et dysphorie chronique de l'humeur, sans élément de dangerosité grave et/ou imminente ».

Mon plan de prise en charge consiste à proposer ce que j'ai appris dans mes cours à l'université : un retour à domicile si possible, un transfert dans un centre de crise sinon, ou une courte hospitalisation en dernière option¹. L'ajustement de la médication sera à faire par le psychiatre traitant ou le médecin de famille durant le suivi en clinique externe. Je propose cependant de donner temporairement à Alex quelques anxiolytiques pour aider son sommeil, je m'assure qu'il a compris et qu'il accepte la prise en charge. Je lui explique aussi l'importance de poursuivre avec assiduité son suivi avec son psychiatre et de débiter un suivi en psychologie.

Alex acquiesce.

1. Il n'y a pas de critères pour mettre en place une demande d'hospitalisation contre la volonté de la personne.

Je me sens satisfait par le travail que j'ai fait. Alex semble en effet plus apaisé à la suite de notre entretien et content de rentrer chez lui.

Pourtant, des questions me taraudent : est-il mieux préparé à affronter sa prochaine crise ? Est-il d'accord avec mon impression diagnostique ? Va-t-il vraiment retourner voir son psychiatre et débiter une psychothérapie ? Est-ce que j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir pour aider Alex ?

La réponse est rapide... Deux jours plus tard, Alex revient aux urgences pour les mêmes raisons.

Alex est loin d'être le seul dans cette situation, et beaucoup de mes collègues pourraient témoigner de ce travail de Sisyphe effectué aux urgences, où notre investissement semble vain.

Ce constat d'échec m'a poussé à me former sur le trouble de la personnalité limite, à adapter mon discours et à vulgariser le savoir accumulé afin de mieux préparer ces personnes, qui, comme Alex, devront affronter leurs prochaines crises. Mon monologue médical a ainsi évolué vers un dialogue qui « dé-psychologise » les symptômes, qui permet de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau, et qui redonne de l'espoir ainsi que du pouvoir d'agir en proposant des outils concrets à utiliser dès la première rencontre.

J'ai consigné ce dialogue par écrit afin de créer le guide que vous tenez entre vos mains.

POUR QUI ? POURQUOI ?

Ce guide pratique s'adresse aux professionnel·le·s de la santé spécialisé·e·s ou non dans les troubles de la personnalité limite. Il peut s'agir des médecins, des psychologues, des psychothérapeutes, des pharmaciens·ne·s, des travailleur·euse·s sociaux·ales, des infirmier·ère·s, des ergothérapeutes, des

éducateur·trice·s spécialisé·e·s, de tous les professionnel·le·s des centres de première ligne (CLSC² et centres de dépendance), et de tous les étudiants et étudiantes de ces professions.

Ce guide vise à transmettre de manière bienveillante les connaissances sur la nature, les conséquences et les outils d'aide, pour les troubles de la personnalité limite, en évitant la stigmatisation dont souffrent les personnes concernées, afin que ces dernières s'engagent dans les soins le plus précocement possible.

Pour cela, la visée de ce guide se concentre sur l'explication du fonctionnement des régulations de l'énergie³ et des affects par le cerveau, deux processus, souvent méconnus et sous-estimés, pouvant être impliqués dans l'origine de certains symptômes et facilement traitables.

La compréhension du concept d'affect tel que défini dans ce guide est cruciale. Je le définis de manière théorique dans le chapitre qui y est consacré et je le redéfinis de manière vulgarisée dans la dernière partie de cet ouvrage. L'affect est compris comme étant une photographie instantanée du ressenti global du corps (appelé le milieu intérieur) ou d'une de ses parties. Le cerveau est le photographe et utilise cette photographie pour comprendre l'état du corps et déterminer les actions à mettre en place pour à la fois anticiper les besoins immédiats de celui-ci et pour prévenir d'éventuels déséquilibres futurs.

Tout au long du guide, outre le contenu pédagogique, scientifique et médical, vous suivrez un entretien fictif entre moi, psychiatre, et Alex, une personne souffrant du trouble de la

2. Centre local de services communautaires.

3. L'énergie est l'ensemble des ressources corporelles énergétiques disponibles (glucose, eau, oxygène et électrolytes) que le cerveau gère afin d'équilibrer les entrées et les sorties d'énergie.

personnalité limite. Ce dernier me posera des questions et je tenterai d'y répondre de manière accessible et détaillée. J'utiliserai plusieurs images et métaphores inédites pour rendre les explications concrètes et vivantes.

Ce guide est adapté aux situations cliniques courantes des urgences, de la consultation externe et de l'hospitalisation, et son contenu peut être présenté aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite en **une séance d'une heure environ**. Des séances de suivi peuvent être organisées pour approfondir certains concepts, mais elles ne sont pas obligatoires. Certains auteurs trouvent qu'une seule séance de psychoéducation sur le diagnostic du trouble de la personnalité limite présente des bénéfices à court terme, et ce, jusqu'à une année (Zanarini *et al.*, 2018).

Ce guide répond aux besoins et aux attentes de terrain exprimés par les professionnel·le·s et étudiant·e·s de la santé. Il vise à leur apprendre de manière innovante à :

1. Aborder de manière bienveillante, positive et respectueuse les symptômes et le diagnostic de trouble de la personnalité limite afin que les personnes concernées ne se sentent pas jugées, ne soient pas sur la défensive, qu'elles s'engagent dans leur rétablissement de manière proactive, qu'elles acceptent l'aide proposée et qu'elles prennent en charge leur propre santé mentale.

Nous savons que l'aspect précoce des soins est un facteur de bon pronostic : plus tôt les personnes acceptent l'aide proposée, meilleur sera leur fonctionnement dans l'avenir. Si les professionnel·le·s communiquent le diagnostic sans préjugé et avec une meilleure compréhension du vécu de ces personnes, ces dernières (adolescentes ou adultes) seront plus à même d'aller vers les soins adaptés de manière volontaire et précoce.

2. Favoriser le maintien des personnes dans le circuit des soins, en évitant que le diagnostic les décourage de poursuivre leur thérapie ou de consulter les professionnel·le·s à nouveau. En effet, trop souvent, après l'annonce du diagnostic, les personnes ne se sentent plus concernées par le discours du corps soignant, ne retournent plus voir les professionnel·le·s et se désengagent des soins.

Acquérir ces compétences est capital, car les professionnel·le·s de la santé sont fréquemment (Newton-Howes *et al.*, 2022) en contact avec des personnes souffrant de troubles de la personnalité, et nous avons une part de responsabilité dans la réussite ou l'échec de l'engagement de ces personnes dans les soins.

En effet, les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite représentent environ 1,7 % de la population générale, 6 % des personnes suivies en médecine de famille, et entre 15 et 28 % des personnes suivies et hospitalisées en psychiatrie (Gross *et al.*, 2002 ; Gunderson *et al.*, 2018 ; Lalonde et Pinard, 2016).

Ce guide pratique s'ajoute au corpus de connaissances existant sur les troubles de la personnalité limite et ne vise pas à répéter ou à expliciter les informations contenues dans le DSM-5⁴, les différents manuels de psychopathologie (Lalonde et Pinard, 2016, p. 925-963), les autres guides pratiques (Ducasse et Brand-Arpon, 2017 ; Manning, 2011 ; Villeneuve

4. Manuel critérié utilisé pour guider les professionnel·le·s à diagnostiquer les troubles psychiatriques (American Psychiatric Association, 2015).

et Lemelin, 2009), les articles scientifiques⁵ ou les sites Internet dédiés (eMentalHealth; Gouvernement du Québec, 2018). Il ne se substitue pas non plus aux psychothérapies spécialisées (Choi-Kain *et al.*, 2017) (comme la thérapie comportementale dialectique [Linehan, 2014], la thérapie basée sur la mentalisation, la thérapie centrée sur le transfert, la thérapie des schémas, le *Good Psychiatric Management* [Choi-Kain et Gunderson, 2019]) et aux cliniques de traitement des troubles de la personnalité limite.

En revanche, force est de constater les impasses actuelles qu'expérimentent les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite et les professionnel·le·s de la santé : même si les soins précoces sont recommandés et même s'il existe des psychothérapies spécialisées efficaces, bien souvent, les personnes concernées ne se présentent pas ou abandonnent rapidement leur suivi. De plus, il y a une grande disparité géographique dans la disponibilité de ces psychothérapies, et lorsqu'elles sont disponibles, il y a une attente très longue pour les débiter. Enfin, lorsque les personnes veulent à nouveau être admissibles à ces soins, elles doivent être à nouveau référées et s'inscrire sur cette longue liste d'attente. Elles doivent aussi être disponibles au moment où une place se libère. Il s'agit d'une mission impossible qui aurait pu être évitée si, dès le début, la personne avait compris et accepté les soins.

5. Les différents articles scientifiques seront identifiés à la fin du guide dans la partie bibliographie.

Voici quelques articles pour avoir une vue d'ensemble sur l'état de l'art de la connaissance sur les troubles de la personnalité limite : (Andersen et Simonsen, 2012; Campbell *et al.*, 2020; Winsper, 2018, 2021), ainsi qu'un guide regroupant notamment les différentes perspectives thérapeutiques (Kramer *et al.*, 2019).

Dans ce guide, je prends pour postulat, qu'en tant que professionnel·le·s de la santé, nous avons une part de responsabilité en cela. **Il est de notre devoir d'innover pour tenter d'améliorer l'accessibilité et la rétention aux soins.**

Le paradigme actuel expliquant les troubles de la personnalité limite met l'accent sur la gestion des émotions, l'enfance difficile (durant laquelle les personnes peuvent s'être senties disqualifiées, invalidées, etc.), et semble attribuer le trouble à la personne. Cette manière de comprendre le trouble de la personnalité favorise les professionnel·le·s à attribuer des raisons personnelles et psychologiques à la majorité des symptômes tout en occultant la part biologique et organique dans la genèse de certains d'entre eux. Ainsi, les personnes peuvent se sentir jugées et refuser les soins. Puis, après plusieurs années de luttes avec elles-mêmes et de multiples échecs, ces personnes regrettent d'avoir initialement refusé les soins. Elles souhaitent s'y engager à nouveau. Trop souvent, j'ai entendu dire : « Quand j'ai touché le fond, j'ai décidé de m'aider. C'est vrai que j'ai déjà reçu le diagnostic de trouble de la personnalité limite plus jeune, mais je n'y croyais pas. J'ai dû refuser les soins à ce moment. Il a fallu que je perde tout, que je perde mon/ma partenaire, mon travail pour le réaliser et vouloir les soins. Mais quand j'ai voulu les recevoir, au moment où j'en avais le plus besoin, j'ai été mis sur une liste d'attente interminable. Si, dès le départ, on m'avait expliqué ce qui allait se passer, j'aurais immédiatement sauté sur l'occasion et fait une psychothérapie, surtout si on m'avait expliqué le trouble de la personnalité sans que je me sente moi-même *comme la cause, une faute ou une erreur* ».

Nous savons que la manière de comprendre le trouble de la personnalité a une influence sur la façon dont les professionnel·le·s annoncent le diagnostic et les traitements aux personnes, ce qui aura une influence sur comment elles se perçoivent et perçoivent le système de santé.

Ce guide pratique œuvre ainsi à promouvoir l'engagement précoce au travail sur soi et aux soins, en prenant une perspective organiciste afin de redonner une place au corps et aux affects dans la genèse des symptômes, sans pour autant nier la part psychologique qui leur incombe. **Le cerveau en tant qu'organe physique, et les affects en tant qu'information incarnée du corps, sont les grands absents dans les paradigmes actuels expliquant les troubles de la personnalité limite.** Je souhaite leur redonner toute leur place.

Pour cela, l'objectif pédagogique de ce guide est d'enseigner aux professionnel·le·s et aux étudiant·e·s de la santé à vulgariser leur savoir tout en respectant les standards de rigueur médicale et scientifique. Il s'appuie sur la littérature scientifique et médicale sans toutefois s'attarder sur les détails d'experts. Ce guide vise à conjuguer les connaissances de manière à offrir un enseignement ouvert et flexible, qui prenne en compte les approximations et les imperfections inhérentes à tout savoir, et qui permette de former les personnes concernées et leur entourage afin qu'ils trouvent ce qui leur est le plus utile et ce avec quoi ils peuvent entrer en résonance.

Les travaux de Feldman Barrett⁶ et la théorie qui en découle, la théorie de l'émotion construite, ont nettement influencé ce guide pratique.

Je vous recommande les ouvrages *How Emotions are Made* (Feldman Barrett, 2017) et *Seven and Half Lessons about the Brain* (Feldman Barrett, 2020), où Feldman Barrett vulgarise une partie de la psychologie et des neurosciences constructivistes, qui considèrent le cerveau comme un organe complexe composé de réseaux neuronaux, dont la macrostructure est déterminée par des facteurs biologiques et la microstructure majoritairement par l'expérience et l'environnement.

6. De Feldman Barrett et de ses collaborateurs.

Selon cette perspective, même si notre intuition et notre corps nous laissent entendre le contraire (Berent *et al.*, 2020), **la majorité des phénomènes cérébraux sont acquis** (Hoemann et Feldman Barrett, 2019), du processus de contrôle du système immunitaire aux concepts, en passant par les émotions. Pour être plus précis, selon la théorie de l'émotion construite, les émotions sont elles-mêmes des concepts (Feldman Barrett, 2017, p. 30-31). Ainsi, du point de vue du cerveau, elles ne sont donc pas différentes des autres concepts classiquement acceptés (comme les concepts de manger, respirer, la couleur rouge, etc.). Les concepts englobent l'ensemble des connaissances incarnées, provenant de nos expériences, de notre culture et aussi de la recombinaison de ces connaissances. Le cerveau utilise sa banque de données de concepts dans l'objectif de mettre en place des actions permettant à la fois de bien investir et de bien planifier les besoins énergétiques du corps dans sa globalité (y compris l'énergie pour le cerveau), et d'interagir avec son environnement (Feldman Barrett, 2017, p. 69).

Certains messages clés issus de ces deux livres ont particulièrement contribué à la rédaction de ce guide pratique : « la variété est la norme »⁷, il n'existe pas de circuit cérébral fixe de la colère (ou toute autre émotion) (Feldman Barrett, 2017, p. 22), le cerveau est un organe de prédiction (Sterling, 2012) plutôt qu'un organe de réaction, et nous sommes les architectes de nos propres vies.

Ce guide est le résultat de ma pratique clinique, de rencontres avec des personnes souffrant de troubles de la personnalité limite dans des contextes aussi variés que les urgences, l'hospitalisation et la clinique externe.

7. Traduction libre de Feldman Barrett, 2017, p. 23.

Il est aussi le résultat de ma pratique de professeur. En enseignant en centre hospitalier universitaire, j'ai pu constater que les étudiants en médecine et en soins infirmiers, les résidents en psychiatrie et en médecine générale sont souvent démunis face à la nécessité d'expliquer ces troubles aux personnes concernées. Leurs explications deviennent rapidement complexes et s'éloignent de l'objectif principal : parler de manière accessible pour être compris. Cela peut fragiliser ou même interrompre la relation thérapeutique.

Lorsque je leur ai transmis les informations contenues dans ce guide, la réponse des étudiants et des résidents a été unanime : elles sont humaines et considèrent les « patients et patientes » comme des personnes, en validant leurs vécus, sans les juger, sans les étiqueter, et en leur redonnant du pouvoir d'agir. Ce guide a été un atout complémentaire à leurs cours universitaires et manuels spécialisés. De plus, il les a aidés à mieux comprendre les symptômes associés à ces troubles et à mieux personnaliser le plan de traitement qu'ils offrent en conséquence, tout en se rapprochant au mieux du *Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder* (Gunderson *et al.*, 2018) et des soins par étapes (Paris, 2017). Tout cela leur permet de renforcer la relation thérapeutique, perçue comme satisfaisante autant par eux que par les personnes recevant les soins.

ORIGINE DU GUIDE

Les cours à l'université et les manuels, qui se basent sur une taxinomie de critères, ne m'ont pas permis d'acquérir les compétences de synthèse et de communication nécessaires pour expliquer aux personnes souffrant du trouble de la personnalité limite toutes les connaissances sur les différents symptômes de leur trouble : la dysphorie de l'humeur (tristesse chronique), les dysrégulations affectives et émotionnelles (changements brusques d'humeur, montagnes russes émotionnelles, les *ups*