

Gestion d'un appel au 15 de la part d'un patient souffrant d'un trouble de la personnalité

E. GAUTHIER

Les troubles mentaux s'avèrent aussi familiers que méconnus. Les spécialistes eux-mêmes, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou psychanalystes, ne les abordent généralement qu'avec prudence, car remettant sans cesse en question les modèles explicatifs, répertoires de diagnostics et techniques de soins. Un diagnostic ne va jamais de soi, il existe en effet plusieurs classifications des troubles.

1. La personnalité

La personnalité peut être définie par « le résultat chez un sujet donné de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles, l'agencement de ces différents facteurs constituent les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement ».

La personnalité présente 2 propriétés :

1. Elle est stable dans le temps, ce qui garantit la continuité d'être de la personne.
2. Elle est unique, caractéristique du sujet, le distinguant des autres.

On parle de trouble de la personnalité lorsque certains traits de la personnalité se rigidifient entraînant soit une souffrance, soit des dysfonctionnements. Il s'agit d'une affection chronique, apparaissant généralement au cours de l'adolescence. Les troubles de la personnalité sont souvent associés à d'autres affections psychiatriques, dont ils aggravent le pronostic.

Correspondance : Emmanuelle Gauthier – Psychologue – Paris 75.

Il existe différents pièges diagnostiques dont les limites avec le trouble bipolaire sont parfois difficiles à tracer ; les troubles unipolaires, la schizophrénie (et notamment les troubles schizo-dysthymiques), les bouffées délirantes aiguës et les psychoses puerpérales, la personnalité limite, les troubles organiques (notamment la démence, l'épilepsie ou les médicaments « maniacogènes »), les addictions, les troubles pédopsychiatriques (notamment l'hyperactivité), et enfin les troubles anxieux.

Un trouble de la personnalité, ou personnalité pathologique désigne en psychiatrie une anomalie de la manière d'être au monde d'un sujet (dans ses pensées, ses sentiments, ses relations aux autres) telle qu'elle entraîne des perturbations significatives de son fonctionnement social et/ou un état de souffrance.

2. Quelques définitions de la maladie mentale

Extraits du DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), établi par l'association américaine de psychiatrie, créé dans les années 1950, sa dernière version est le DSM-IV et date de 1994.

Le spectre des maladies mentales couvre entre autre :

- Les troubles anxieux : anxiété généralisée, phobies (agoraphobies, claustrophobie, etc.), TOC (troubles obsessionnels compulsifs), stress posttraumatique, etc.
- Les troubles somatoformes : troubles de conversion (ex. : hystérie) sont des troubles physiques (cécité, paralysie partielle, douleurs, etc.) qui ne sont associés à aucune cause organique manifeste.
- Les troubles de l'humeur : dépression et manico-dépression (dite trouble bipolaire).
- Les troubles du comportement alimentaire : boulimie, anorexie mentale.
- Les troubles du sommeil : insomnie, parasomnie, dyssomnie, etc.
- Les perversions sexuelles (ou paraphilies) : voyeurisme, fétichisme, sadisme et masochisme, pédophilie, etc.
- Les troubles liés aux drogues et à l'alcool.
- Les troubles de la personnalité : personnalité antisociale, borderline, narcissique.
- La schizophrénie et les troubles psychotiques.
- Les troubles du développement cognitif : autisme, syndrome d'Asperger, etc.

3. Les troubles bipolaires

Un trouble bipolaire est défini par la récurrence d'épisodes dépressifs alternés avec des épisodes de polarité opposée qualifiés d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, de type exaltation, hyperactivité, d'accélération psychique et motrice.

Le trouble bipolaire concerne la dérégulation et le déséquilibre psychiques de l'humeur en fonction de facteurs déclenchants. Les personnes qui en souffrent sont sujettes à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes.

Le terme bipolaire renvoie à la manie et à la dépression, qui sont les 2 extrêmes (pôles) entre lesquels l'humeur oscille. L'oscillation spectaculaire de l'humeur est parfois appelée épisode ou accès thymique. La fréquence, l'intensité et la durée des épisodes thymiques varient d'une personne à une autre. En l'absence de traitement ou de soins appropriés, la fréquence des oscillations et la gravité de cette maladie chronique peuvent augmenter.

Le danger de ce trouble de la psychose maniaco-dépressive est le risque de suicide lors des phases mélancoliques ainsi que des difficultés d'adaptation sociale lors des différents accès.

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers.

3.1. Symptômes hypomaniaques

- État d'euphorie, d'exaltation.
- Irritabilité ou irascibilité.
- Excès d'activité, de projets.
- Excès d'activités agréables : achats inconsidérés, conduites sexuelles, projets imprudents, etc.
- Peu de sommeil sans fatigue.
- Facilité des contacts avec les autres.
- Levée des inhibitions, manque de pudeur.
- Estime de soi amplifiée, idées de grandeur.
- Discours rapide et assez fort.
- Pensées accélérées.
- Fuite des idées (passer du coq à l'âne).

3.2. Symptômes dépressifs

- Tristesse, pleurs, émoussement.
- Perte d'intérêt pour les activités agréables.
- Réduction d'activité.
- Insomnie, sommeil non récupérateur.
- Fatigue matinale importante.
- Appétit perturbé.
- Changement de poids.

- Incapacité à se mettre à l'action.
- Discours ralenti et pauvre.
- Estime de soi négative.
- Sentiments d'être sans aide ou sans espoir.
- Idées de mort ou de suicide;

3.3. Selon le DSM IV

3.3.1. *Épisode maniaque*

Au moins 3 à 4 symptômes (selon l'humeur euphorique ou irritable) sur une période d'au moins une semaine ou si hospitalisation.

3.3.2. *Épisode hypomaniaque*

Intensité modérée sans altération majeure du fonctionnement et sans signe de gravité.

3.3.3. *Épisode dépressif majeur*

Au moins 5 des manifestations pendant une durée de 2 semaines ou plus.

3.3.4. *Dysthymie*

La dysthymie est un état de tristesse chronique caractérisé par des symptômes de la dépression qui durent plusieurs jours sur une période d'au moins 2 ans. Une personne qui souffre de dysthymie présente donc un ou plusieurs symptômes de la dépression sur une période longue et de façon moins sévère. Ainsi, la dysthymie est diagnostiquée lorsqu'au moins 2 des symptômes suivants sont repérés sur d'une durée d'au moins 2 ans :

- État de tristesse permanent.
- Troubles de l'appétit (moins manger ou trop manger).
- Troubles du sommeil (insomnies ou sommeil prolongé).
- Baisse du niveau d'énergie, fatigue.
- Faible estime de soi.
- Être sans espoir.
- Sentiment de culpabilité.
- Difficultés à se concentrer et à prendre des décisions.
- Douleurs chroniques, maux de têtes, problèmes digestifs.
- Pensées suicidaires.

Le trouble bipolaire touche autant les hommes que les femmes, quels que soient leur origine socioculturelle ou leurs niveaux socio-économiques. Cependant, il y aurait plus d'épisodes dépressifs chez la femme et plus de manies unipolaires chez l'homme.

4. Prise en charge

La bipolarité ne guérit pas avec le temps et a tendance à s'aggraver. Les médicaments sont un aspect indispensable du traitement mais ne sont jamais suffisants. Les soins doivent aller au-delà des épisodes aigus et agir sur la vie tumultueuse et chaotique des personnes souffrant de ces troubles. Le traitement le plus efficace pour ce trouble est la psychothérapie comportementale (ou cognitivo-comportementale), les médicaments ne soulageant que des symptômes spécifiques.

5. Posture du PARM

5.1. Communication

La qualité de la communication conditionne la qualité du recueil des informations.

Les processus élémentaires de communication se décomposent selon les étapes suivantes :

- L'intention : ce que l'émetteur veut dire.
- L'expression : ce que l'émetteur dit.
- La perception : ce que le récepteur entend.
- La compréhension : ce que le récepteur comprend.
- La mémorisation : ce que le récepteur retient.
- L'action : ce que le récepteur décide.

La bonne communication est celle où l'effet ressenti par le récepteur est égal à l'intention émise par l'émetteur.

Elle suppose une rétroaction permanente ou feed-back pour vérifier que le message émis a été reçu, compris et accepté.

5.2. Écoute

Une bonne communication implique une écoute de qualité.

L'écoute peut être active, comportant un échange de questions, de reformulations, d'informations.

Elle peut être passive ou silencieuse.

Les situations de blocage trouvent des solutions grâce à des techniques comportementales : technique d'extinction, technique « du disque rayé ».

L'écoute du patient lui-même renseigne sur son état clinique et permet de faire une évaluation à distance.

Des obstacles constitués par des différences de cultures, une émotion intense, une anxiété majeure, une pression sociale importante, peuvent aboutir à des défauts d'écoute et à des interprétations préjudiciables pour le patient.

5.2.1. Conduite de l'entretien

Il faut savoir se faire entendre pour se faire comprendre.

Savoir clarifier un message, connaître les techniques de questionnement, alterner questions ouvertes et questions fermées, employer des termes simples, permet d'interagir avec l'appelant avec efficacité.

L'emploi du « je », technique d'affirmation de soi, permet au PARM de transmettre la prise de décision : « Je vais vous envoyer... » « Je vous demande de... »

La reformulation des informations transmises par l'appelant permet de montrer que la demande est comprise.

La verbalisation doit être appropriée à la situation.

Peuvent se travailler l'intonation, la modulation, le volume de la voix.

Le contenu verbal doit également être approprié à la situation : clair, positif, compréhensible, non dévalorisant et non culpabilisant.

5.2.2. Gestion du temps

La maîtrise des techniques de questionnement (questions fermées, alternatives) permet d'optimiser le temps nécessaire à l'orientation de l'appel.

Le temps d'interactivité avec l'appelant jusqu'à l'orientation de l'appel doit être d'autant plus court que le cas est grave (cf. ci-dessous tentative de suicide).

Après orientation de l'appel, l'entretien est complété à minima par le médecin régulateur.

La chaîne de communication peut être allongée par le nombre d'interlocuteurs : autre appelant, autre service d'urgence, PARM, médecin régulateur, etc.

5.2.3. Relation appelant-appelé

L'échange doit conduire à un accord entre l'appelant et le Médecin Régulateur et/ou le PARM sur la suite donnée à l'appel (ex. : pour le Médecin Régulateur envoi d'une ambulance) et/ou (ex. : pour le PARM transmission de l'appel vers l'Ilot Psy).

La relation avec l'appelant repose sur une interaction brève, uniquement verbale.

Elle doit permettre de gérer la charge émotionnelle des interlocuteurs et ne pas générer de situations conflictuelles.

6. Questionnement du PARM

- Prise en compte des antécédents familiaux.
- L'existence ou non d'un alcoolisme, de troubles du comportement, d'une originalité, de suicides ou de tentatives de suicides, de troubles anxieux, de troubles des conduites alimentaires, de troubles obsessionnels.

- Manifestations pouvant témoigner d'un trouble de l'humeur par exemple des périodes d'euphorie et d'excitation, de dépenses excessives, comportements originaux, problèmes avec la justice, conduite à risque ou excessive, crises de violence ou d'agressivité, la notion d'une cassure par rapport à l'état antérieur, d'un changement, d'une modification du caractère, virage de l'humeur, etc.
- Chez la femme, des troubles de l'humeur survenant dans les suites de l'accouchement et avant le retour de couches seront très en faveur d'une bipolarité.
- Hyperactivité, hypersyntonie, des projets multiples, une sociabilité excessive.
- D'autres traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les personnalités bipolaires : hypersensibilité, dépendance affective, recherche de sensations fortes...
- Le trouble bipolaire est une maladie qui touche la régulation et l'équilibre de l'humeur. Les personnes qui en souffrent sont sujettes à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il n'y ait forcément un événement extérieur déclenchant. Elles réagissent souvent de façon disproportionnée à cet événement.
- Les personnes bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : on parle d'hypomanie si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et on parle d'« état maniaque » si elle est très importante. Mais les personnes qui présentent un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes où leur humeur est particulièrement basse : on parle alors d'« état dépressif » modéré ou sévère. Toutes les personnes bipolaires ne présentent pas de période dépressive, mais c'est surtout la présence dans leur histoire d'une période où l'humeur est « anormalement haute » qui doit faire évoquer le diagnostic. Néanmoins, les périodes d'humeur haute et d'humeur basse alternent le plus souvent, entrecoupées de périodes d'humeur normale.

Les autres facteurs de risque peuvent concerner des événements précoces de vie, tel le deuil d'un proche, une carence affective ou des agressions sexuelles dans l'enfance. Au cours de la vie, il existe d'autres facteurs précipitants tels que les événements pénibles de vie (difficultés conjugales, problème professionnel ou financier...) et les stress répétés (surmenage professionnel, manque de sommeil, non-respect des rythmes biologiques propres).

Sur un plan théorique, on peut donc décrire une succession causale : les événements de vie sont à l'origine de dérèglement des rythmes sociaux, générateurs de perturbations des rythmes biologiques, qui entraînent elles-mêmes les récurrences dépressives et maniaques.

Il est établi que les perturbations des rythmes sociaux, conséquences d'événements plus ou moins sévères, favorisent le risque de récurrences de troubles thymiques. Les données de la littérature concernent essentiellement le sommeil. Elles portent sur la privation de sommeil et l'induction de manie. La privation de sommeil est réputée pour avoir des propriétés antidépressives et peut donc provo-

quer une rechute car les bipolaires privés d'une nuit de sommeil sont en effet sujets à des décompensations maniaques. Le « déphasage » qui peut exister entre les rythmes sociaux et les rythmes biologiques constitue aussi une cause de récédive.

7. Quelles sont les différentes formes de trouble bipolaire ?

Actuellement, 3 formes de trouble bipolaire sont essentiellement reconnues : **le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II**, ainsi que **la cyclothymie**, ce qui entraîne des particularités de prise en charge notamment au niveau médicamenteux.

Chez les personnes ayant un trouble bipolaire, ce sentiment de contrôle est inexistant et **engendre de la détresse**. Toute personne ayant connu un épisode de dépression ou de manie connaît la différence qui existe entre ces maladies et les sentiments normaux de tristesse ou de joie.

Le trouble bipolaire est une maladie qui présente des périodes de dépression graves suivies de périodes d'euphorie ou d'irritabilité, qui ne sont pas nécessairement associées à des événements en particulier.

7.1. Les signes d'alerte d'une crise suicidaire (en phase aiguë)

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. En effet, ce peut être la seule solution à laquelle la personne pense pour arrêter sa souffrance. Les dires ou comportements de la personne peuvent être précurseurs d'une tentative de suicide.

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur 3 types de signes :

- **Les propos d'une personne suicidaire**

Messages verbaux directs :

« La vie ne vaut pas la peine », « Je veux en finir », « Je n'ai plus la force de me battre », « Je sais comment ne plus souffrir »...

Messages verbaux indirects :

« Je suis inutile », « Vous seriez bien mieux sans moi », « Vous allez être soulagés quand je ne serai plus là... », « Je n'aurai bientôt plus aucun problème », « Je vais faire un long voyage »...

- **Les indices comportementaux**

- Changements radicaux dans les attitudes, dans les comportements.
- Retrait, isolement, repli sur soi.
- Conduites violentes extériorisées.
- Plaintes somatiques.
- Changements dans les habitudes alimentaires (manger davantage ou moins) et de sommeil (insomnie ou sommeil prolongé).

- Consommation de drogues, d’alcool, de médicaments.
- Diminution de la performance scolaire ou au travail et perte du goût des loisirs.
- Absentéisme professionnel ou scolaire.
- Changements dans la tenue vestimentaire, dans les habitudes d’hygiène personnelle.
- Acquisition des moyens : achat d’une arme à feu, de corde, accumulation de médicaments.
- Dons soudains d’objets significatifs pour la personne.
- Mise en ordre de ses affaires : écrire à des amis pour régler une querelle, faire son testament.
- **Les indices affectifs**
 - Désintérêt, perte de plaisir, de désir.
 - Pleurs, tristesse, apathie, découragement.
 - Incohérence, confusion dans le langage en particulier chez les personnes âgées.
 - Brusques changements dans l’humeur, agressivité.
 - Émotions contradictoires et changeantes : rires suivis de pleurs, colère.

7.2. Comment agir face à une personne présentant des signes suicidaires ?

Pour vous aider à évaluer l’urgence de la situation et à organiser une prise en charge.

7.2.1. Ce qu’il faut faire

- Respecter la personne suicidaire : ne pas juger l’appelant, établir un climat de confiance, d’empathie.
- Écouter la personne et lui permettre de dire sa souffrance et de verbaliser ses plaintes.
- Apprécier la dangerosité et l’urgence : le niveau de souffrance, le degré d’intentionnalité (imminence du passage à l’acte), l’existence d’un élément précipitant, la présence de moyens dangereux à disposition (médicaments, armes à feu...), la capacité de soutien de l’entourage proche.
- Si appel simple sans dangerosité pour l’appelant transfert à l’ot Psy.
- Sinon orienter l’appel vers le médecin régulateur.

7.2.2. Ce qu’il faut éviter de faire

- Tenir des propos moralisateurs.
- Faire des promesses que vous ne pourrez pas tenir.
- Banaliser, sous-estimer la souffrance.
- Donner des recettes du bonheur.
- Rester seul dans la gestion de votre appel (tout appel doit être régulé).

7.3. Pistes d'amélioration dans la gestion d'un appelant souffrant de troubles bipolaires

Il existe différents pièges prédiagnostiques dont les limites avec le trouble bipolaire sont parfois difficiles à tracer : les troubles unipolaires, la schizophrénie (et notamment les troubles schizo-dysthymiques), les bouffées délirantes aiguës et les psychoses puerpérales, la personnalité limite, les troubles organiques (notamment la démence, l'épilepsie ou les médicaments « maniacogènes »), les addictions, les troubles pédopsychiatriques (notamment l'hyperactivité), et enfin les troubles anxieux.

- Les PARM ne doivent pas se laisser manipuler et doivent apprendre à gérer l'agressivité et les conflits.
- Vaincre une colère, anticiper les situations qui sont conflictuelles, diriger l'entretien supposent de maîtriser les techniques de communication et de comportements verbaux.
- Des techniques de contre-manipulation permettent de ne pas argumenter inutilement et ne pas contre-argumenter sans raisons.
- La fin de l'entretien doit aboutir à un accord avec reformulation de la décision prise et des délais envisagés.
- La possibilité de rappel en cas d'évolutivité fait partie des conseils finaux.
- Un appel bien mené (combinaison de savoir, savoir-être et savoir-faire) de la part des PARM offre à l'appelant une impression immédiate de sécurité, ce qui aura pour effet une orientation efficace et facilitera la gestion de l'appel.

Lors d'un appel, si la personne est entourée par exemple par un membre de son entourage, il sera bon de questionner les proches pour étayer le prédiagnostic.

8. Conclusion

L'appel de personnes souffrant de troubles de la personnalité doit être traité de la même façon que tout appel d'urgence car nous avons les structures idoines pour répondre à ce type de demande : l'lot Psy, médecins de garde, services d'urgence, services spécialisés en psychiatrie, services sociaux, plate-forme médico-sociale, police, sapeur-pompier, etc.

Le PARM a pour mission de poser un prédiagnostic aidant à l'orientation de l'appel vers les personnes et services ressources.

Bibliographie sommaire

1. Psychanalyse, sous la direction de Alain de Mijolla et Sophie de Mijolla Mellor, PUF fondamentale, 1997.
2. Vocabulaire de la psychanalyse, J. Laplanche et JB Pontalis, sous la direction de D. Lagache PUF, 1994.
3. Les troubles bipolaires, de la cyclothimie au syndrome maniaco-dépressif, C. Mirabel-Sarron, I. Leygnac-Solignac, Dunod, 2009.