

Article

« Quand un malade à la personnalité "borderline" bouleverse les institutions de santé d'une ville »

Yves Poirier

Horizons philosophiques, vol. 4, n° 2, 1994, p. 121-128.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/800953ar>

DOI: 10.7202/800953ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

QUAND UN MALADE À LA PERSONNALITÉ «BORDERLINE» BOULEVERSE LES INSTITUTIONS DE SANTÉ D'UNE VILLE

La situation qui sera décrite dans le présent article s'est déroulée au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, un établissement du Réseau de la santé et des services sociaux, qui œuvre en vue de la réinsertion sociale de personnes adultes présentant une déficience motrice et organique.

En tant que directeur des programmes de réadaptation, je suis rarement appelé à intervenir directement, sauf dans des situations aussi extrêmes que celle qui suit, lorsque les problématiques soulevées débordent largement le cadre habituel des programmes. D'autres intervenants furent impliqués et ils seront présentés plus bas. Les événements rapportés se sont déroulés de mai à septembre 1989.

DESCRIPTION DU CAS

Celui que nous appellerons Martin nous fut amené à Lucie-Bruneau par un bénévole d'un organisme de promotion, qui trouvait inconcevable que cet homme de 26 ans, en fauteuil roulant, soit condamné à l'itinérance à Montréal, à la suite d'une expulsion de l'hôpital où il avait séjourné plusieurs mois. Il n'avait pas l'autorisation d'y retourner et, rapidement, nous avons découvert qu'il en était ainsi pour quelques autres établissements.

Les évaluations que nous avons obtenues ainsi que les examens cliniques qui furent effectués révélaient le profil suivant :

SUR LE PLAN PHYSIQUE : Martin était porteur d'un diagnostic d'adréno-myélo-neuropathie, une affection neurologique évolutive s'attaquant aux glandes surrénales, accompagnée d'impacts sur l'humeur, la fatigabilité et l'excitabilité. Ce diagnostic entraîne également une paraparésie,

avec pour séquelles une incontinence urinaire, une diminution de la sensibilité, une fragilité aux plaies de pression, des problèmes de déambulation exigeant l'usage de béquilles pour de très courtes distances, le fauteuil roulant et, enfin, l'impuissance sexuelle.

Une médication quotidienne fut prescrite, et l'évolution du cas était à prévoir, marquée par des détériorations progressives. Les premiers problèmes lors de la marche s'étaient posés vers l'âge de 17 ans et la nécessité du fauteuil roulant précédait de cinq mois son arrivée à notre établissement.

SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE : Martin fut évalué en psychologie durant les premières semaines de son arrivée. Le rapport mentionne : un passé marqué par des carences affectives, une absence de stabilité des milieux substitutifs lors des différents placements, une immaturité affective, aucun signe biologique de dépression, aucun signe de trouble des fonctions cognitives, une auto-critique très faible, un caractère impulsif, une vie affective très primaire. Martin ressent pauvrement l'empathie et la culpabilité, il s'adapte mal aux incapacités nouvelles entraînées par la maladie neurologique. Enfin, il est fait mention d'une polytoxicomanie, sous forme d'une consommation régulière de haschich et d'alcool.

En résumé, des troubles de personnalité auxquels se mêlent des traits limites ou *borderline* et narcissiques. Ces problèmes de comportement tirent leur origine des difficultés causées par un manque d'affection par carences relationnelles. Le cas présente donc, toujours selon le rapport d'évaluation, une inadaptation sociale et un manque de valeurs cohérentes voire d'identité, une instabilité affective et un fonctionnement à dominance caractérielle.

SUR LE PLAN SOCIAL : À la suite du divorce de ses parents, Martin aurait été «placé» de l'âge de 6 ans jusqu'à 18 ans. Les familles d'accueil et les centres d'accueil se succèdent; les contacts familiaux disparurent également.

Il aurait terminé son secondaire dans une école de décrocheurs et aurait, par la suite, obtenu différents emplois

qu'il est toutefois difficile de retrouver.

À la suite de son admission dans notre établissement, il manifeste des comportements excentriques et nuisibles pour son environnement. Seules quelques personnes peuvent contrôler ses comportements extravagants et ses attitudes emportées. Les contraintes et les frustrations issues du milieu font qu'il croit être agressé injustement. Il obtient aisément ce qu'il semble rechercher et attendre, à savoir le rejet.

Très rapidement, il fut clair qu'aucun programme de l'établissement ne correspondait aux besoins de Martin. Il était impossible de le traiter sans faire payer aux autres usagers une note exagérée en terme de sécurité et d'accès aux services.

PROBLÈMES ÉTHIQUES

Le principal défi qui se pose lorsqu'on travaille avec un individu à problèmes relève de la question de l'équité. Dans un contexte de ressources limitées, a-t-on le droit de limiter les services répartis à l'ensemble des usagers pour les investir chez un seul individu, surtout lorsque l'on sait que les résultats seront presque nuls?

Comme le soulignent R. Duguay, H.F. Ellenberger et autres collaborateurs, «le patient borderline est certainement l'un des malades les plus difficiles à traiter, soit lors de crises, soit en thérapie à long terme».

De leur côté, Lalonde, Grunberg et autres repèrent huit manifestations; cinq d'entre elles suffisent pour parler d'une personnalité limite :

- 1) impulsivité et imprévisibilité
- 2) instabilité et excès
- 3) accès de colère intense et inappropriée
- 4) perturbation de l'identité
- 5) instabilité affective
- 6) difficulté à supporter la solitude
- 7) conduite dommageable pour la santé physique
- 8) sentiment permanent de vide et d'ennui.

À notre avis, Martin présentait tous ces traits et il requérait quotidiennement de nombreuses heures de la part des intervenants impliqués; de plus, il dérangeait tous les autres par des demandes répétées et souvent farfelues.

Nous étions confrontés à un choix : soit le remettre à la rue comme d'autres l'avaient fait, ou tenter encore quelque chose en espérant obtenir un résultat. Il était clair d'après ce que nous savions déjà que nous ne pouvions le référer nulle part, car aucun autre établissement n'accepterait de s'en occuper.

La première étape fut d'élaborer un plan d'intervention particulier, hors programme, à partir d'une équipe stratégique, dont les intervenants se distinguaient par le fait d'avoir acquis la confiance de Martin. Ainsi, le directeur des programmes, un chef d'unité, un psychologue, un médecin et une infirmière formèrent l'équipe de base, qui s'associa d'autres membres au fil des événements qui se succédaient à un rythme ahurissant.

Les plans d'intervention, car il y en eut plusieurs, étaient préparés et discutés avec Martin. D'un programme à l'autre, les manquements et leur cortège de conséquences nuisibles augmentaient. Rétrospectivement, on estime avoir passé plus de temps à élaborer des plans et à les discuter avec Martin qu'à les mettre en application.

Ces plans comportaient toujours quatre rubriques :

LA VIE EN SOCIÉTÉ : comment avoir des comportements acceptables avec les gens qui nous entourent.

COMMENT PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ : Martin respectait peu la médication à prendre quotidiennement et ses brusqueries incessantes lui occasionnaient des plaies à répétition aux pieds, aux jambes, au siège, et son hygiène laissait à désirer.

LA RECHERCHE D'UN EMPLOI RÉMUNÉRÉ : Martin disait vouloir travailler et s'était vu offrir un emploi rémunéré et bien encadré dans un atelier d'une fondation liée à un milieu psychiatrique.

LA RECHERCHE D'UN LOGEMENT : il souhaitait, et nous aussi d'ailleurs, vivre en logement pour ne pas subir les contraintes de la vie en établissement.

Pour supporter la réalisation de ces programmes et pour prévenir les ravages du patient tant dans l'établissement qu'à l'extérieur, un éducateur itinérant fut embauché, et il était attaché exclusivement à Martin. Très rapidement, l'objectif principal fut de limiter les dégâts plutôt que d'apporter des améliorations.

L'emploi trouvé fut considéré par Martin comme trop contraignant et pas assez rémunérateur; l'expérience tentée en logement expérimental fut désastreuse tant pour l'immeuble que pour les voisins, et la santé du malade se détériorait.

En réaction aux exigences qu'on lui imposait, Martin décida de coucher sur le gazon, en face de l'établissement. Le voisinage réagissait en appelant les policiers qui nous demandaient de faire quelque chose. Lorsqu'il pleuvait, il se rendait au seul centre pour itinérants où il était encore accepté. Lors de situations critiques, il fut orienté à trois reprises vers l'urgence de psychiatrie, qui nous le renvoya sur-le-champ. Une première demande d'évaluation pour cure fermée fut adressée, mais il fut évalué non dangereux pour lui-même et pour les autres, et renvoyé dès le lendemain.

Durant cette période, nous avons également tenté de faire jouer les mécaniques de références habituelles, que ce soit le CTMSP pour l'orientation en longue durée, les contacts avec la psychiatrie, la toxicomanie. Personne n'en voulait. Nous le savions d'avance, mais nous devons le vérifier officiellement. Nous avons alors orienté nos démarches vers le traitement des cas litigieux, nous adressant à la Régie régionale de la santé et des services sociaux. La conseillère aux plaintes fut réceptive et nous aida au niveau des orientations à prendre.

Quand il était impossible d'utiliser les mécaniques habituelles, la conseillère et moi-même communiquions avec la direction des établissements. Une rencontre fut organisée pour réunir les différents secteurs concernés de la Régie régionale,

la direction des services professionnels de trois hôpitaux psychiatriques, la responsable de la psychiatrie au Centre des services sociaux, deux policiers qui connaissaient bien Martin, la direction et les intervenants impliqués chez nous. Les représentants des établissements de psychiatrie, retenus ailleurs, ne purent assister à la réunion. Après deux heures de discussion, nous décidions de convoquer rapidement une autre rencontre.

Pendant ce temps, Martin continuait de semer la terreur. Il avait alors agressé physiquement un autre usager qui avait porté plainte, il avait fracassé des vitres de l'établissement, été expulsé du centre pour itinérants; il avait vendu son fauteuil roulant, s'était exhibé en public à maintes reprises, avait uriné contre l'auto d'une travailleuse sociale, avait provoqué une collision entre deux autos, etc. Et notre établissement demeurerait responsable, même si Martin n'avait plus le droit d'y pénétrer par ordre de la cour. Il était arrivé en mai, on était rendu en septembre, la température refroidissait, le gazon où il dormait aussi, et nous également.

Peu de temps après la première rencontre entre intervenants, devant une nouvelle escalade de gestes inacceptables et une détérioration marquée de l'intégrité physique de Martin, je suis retourné voir le protonotaire pour obtenir une nouvelle évaluation en vue d'une cure fermée. Le mandat d'amener fut délivré et il fut exécuté après que les autorités de la Régie régionale eurent prévenu les autorités hospitalières.

La cure fermée fut jugée nécessaire. Quelques mois plus tard, Martin fut transféré dans un autre milieu psychiatrique plus sécuritaire puis dans un centre hospitalier, où il décéda des suites de sa maladie en mai 1990.

Aucun établissement ne souhaite avoir à faire face à un tel type d'individu, mais la situation peut toujours se répéter. Rétrospectivement, on estime que ce qui fut fait pour Martin était correct. Le respect qui lui fut accordé allait au-delà de ce qu'il pouvait espérer d'un établissement et des professionnels qui y œuvrent. Nous nous sommes tout de même interrogés sur le fait de lui avoir donné autant, et nous avons considéré que

cela aurait pu fonctionner. Ces ultimes chances auraient pu donner les résultats escomptés. Est-ce que le fait de ne pas les avoir obtenus avec Martin peut justifier de réduire les opportunités qui seraient offertes à un individu comparable?

Considérant d'autres Martin et eux seuls, il est évident que nous avons le mandat de tout faire pour tenter de stabiliser les comportements inacceptables et la souffrance insoutenable. Considérant les autres usagers, il n'est pas évident qu'on a le droit de brimer leur accès aux services, leur sécurité physique et affective. Aucune réponse précise et définitive ne peut être donnée *a priori* et on doit considérer, lorsqu'une telle situation se présente, les besoins réels de l'individu et l'environnement dans lequel ces besoins doivent être satisfaits, ainsi que les ressources disponibles.

L'arrivée récente de la Réforme de la santé et des services sociaux oblige chacun des établissements concernés à établir un code d'éthique ou de déontologie pour gérer les croyances et les valeurs, et pour cibler les comportements attendus chez nos intervenants. On aura toujours des Martin hors-normes qui testeront nos limites et nous feront vivre notre impuissance. Nos croyances, nos valeurs et nos comportements seront encore nos seuls instruments pour nous orienter. Il y a quelques années, on appelait tous ces beaux principes «de l'amour», et ça suffisait à nous guider quotidiennement.

Yves Poirier
Directeur des Programmes de Réadaptation
au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Bibliographie :

Fontaine, Jean-Guy, «Le syndrome *borderline* (états limites), dans *Précis pratique de psychiatrie* de R. Duguay, H.F. Ellenberger et al, chap. 22, p. 337 à 344, deuxième édition, Edisem Inc., 1984, 751 pages.

Lalonde, Grunberg et al., *Psychiatrie clinique, approche biopsychosociale*, p. 306 à 310, Gaétan Morin éditeur Ltée, 1988, 1348 pages.

Millon, Théodore, *Disorders of Personality, DSM-III, Axis 11*, chap. 12, p. 327 à 371, John Wiley and Sons Inc., 1981, 458 pages.