VOLUME 61, NUMÉRO 10, OCTOBRE 2026



LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

DES DÉFIS CLINIQUES SURMONTABLES

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

LA REVUE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC


Plume IA
ÉPUISÉ PAR LA PAPERASSE ?
NOUS AVONS LA SOLUTION
Plume IA
1 MOIS GRATUIT
Rejoignez des milliers de médecins d'ici.
Scannez pour activer votre mois gratuit.
Plume IA enregistre vos consultations et génère vos notes cliniques automatiquement.
Moins de surcharge administrative.
Plus de temps pour vous.
www.plumeia.ca/medecin-famille

VOLUME 61, NUMÉRO 10, OCTOBRE 2026



LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

ÉDITORIAL

Le scrutin passera.
La priorité restera.

ÉGALEMENT DANS LE MONDE SYNDICAL

La chaire de recherche de la FMOQ est lancée

Prix Coup de cœur 2025 du *Médecin du Québec*

Programme Mentorat FMOQ : faire grandir la relève

Comportements incivils des patients : prévenir et se protéger

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

LA REVUE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La protection des renseignements de santé par un médecin



QUE DEVEZ-VOUS SAVOIR ?

Le médecin de famille doit protéger la santé de son patient, mais aussi assurer la sécurité des renseignements personnels qu'il recueille. Pour vous aider à maîtriser l'essentiel de la Loi sur les renseignements de santé et services sociaux (LRSSS), en vigueur depuis le 1er juillet 2024, votre Fédération vous offre une formation en ligne gratuite d'une heure destinée aux médecins et aux résidents, accessible sur Caducée.

Au programme :

- Droit des patients et obligations des cliniques à l'égard des renseignements de santé : collecte, consentement, accès, communication à des tiers et destruction des renseignements ;
- Encadrement de l'utilisation d'un scribe IA en pratique médicale ;
- Boîte à outils pour vous aider à respecter toutes les obligations prévues par la LRSSS (*https://www.fmoq.org/pratique/outils/protection-des-renseignements-personnels*).

Caducée

Formation **GRATUITE** sur Caducée

FMOQ

LE SCRUTIN PASSERA. LA PRIORITÉ RESTERA.



Dr MARC-ANDRÉ AMYOT
PRÉSIDENT DE LA FMOQ

Marc-André Amyot

Pénurie oblige, bien avant le déclenchement de la campagne électorale, la FMOQ avait déjà fait de l'attractivité de la médecine de famille sa priorité. À quelques jours du scrutin, le message demeure le même : le Québec ne peut améliorer durablement l'accès aux soins sans s'attaquer à la pénurie de médecins de famille.

Il en manque plus de 2000. La population augmente et vieillit, les patients sont plus complexes, le système est saturé, et près du quart des médecins de famille approchent de la retraite. Pendant ce temps, **100 postes de résidence en médecine de famille sont demeurés vacants cette année.** Un record. Voilà le véritable signal d'alarme.

Bien sûr, nous devons continuer d'améliorer l'organisation des soins, le travail interprofessionnel, la pertinence et les outils technologiques. Mais aucune réorganisation ne peut compenser durablement un manque aussi important de médecins de famille.

Chaque étudiant que nous n'attirons pas vers notre discipline et chaque médecin de famille que nous ne retenons pas représentent autant de patients qui, pendant des années, n'auront pas accès à tous les soins dont ils ont besoin. Mais derrière les chiffres de la pénurie, il y a aussi des médecins de famille. Des femmes et des hommes dont la santé et le mieux-être doivent être une priorité, pour eux-mêmes comme pour notre capacité collective de soigner.

C'est pourquoi nous avons exigé que toute solution en santé impliquant les médecins de famille soit évaluée à l'aune de son effet sur l'attractivité et la rétention. Le Québec ne peut plus se permettre des mesures qui aggraveraient la pénurie qu'il tente de résorber. Commencer par là serait déjà beaucoup.

MERCI D'AVOIR FAIT ENTENDRE VOTRE VOIX

Au cours des dernières semaines, la Fédération a rencontré les partis politiques et leurs porte-paroles en santé. Vos présidents d'associations, vos délégués et plusieurs d'entre vous ont aussi rencontré des candidates et candidats partout au Québec.

Merci d'avoir été aussi nombreux à faire entendre votre voix.

La pénurie de médecins de famille a occupé une place importante dans le débat public. Des engagements ont été pris. Certains politiciens ont même reconnu publiquement qu'il fallait cesser de blâmer les médecins pour tous les maux du système. **Nous nous en souviendrons.**

Le 5 octobre, ce sera à chacune et chacun d'entre nous de voter. Chacun fera son choix en fonction de ses convictions et de ses priorités. Pour ma part, je vous invite à considérer attentivement les engagements susceptibles d'améliorer la capacité du Québec à attirer et à retenir des médecins de famille afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Car la pénurie ne disparaîtra pas le lendemain du scrutin. **Quel que soit le gouvernement élu, notre travail continuera dès le 6 octobre.** Nous veillerons à ce que les engagements pris pour répondre à la pénurie de médecins de famille ne soient pas oubliés une fois la campagne terminée.

LA MODERNISATION DU MODÈLE PREND FORME

Parallèlement, les travaux se poursuivent sur le déploiement du modèle de rémunération composé en première ligne. Les échanges avancent sur les quantums, soit les montants associés aux différents paramètres du modèle, ainsi que sur la mise en œuvre du modèle par la RAMQ.

Nous savons que vous voulez comprendre concrètement ce que le modèle 50-30-20 changera pour vous, là, maintenant. Dans le cadre de la tournée des AGA, nous poursuivons les échanges avec vos présidents, les exécutifs d'associations et les membres, et leur présentons les paramètres du modèle à haut niveau.

Une vidéo explicative, des webinaires de questions-réponses et une foire aux questions évolutive suivront. Dès que les quantums seront connus, un simulateur de rémunération sera mis à votre disposition. Notre engagement demeure le même : vous communiquer une information précise, répondre à vos questions et vous accompagner dans cette transformation majeure.

Les travaux se poursuivent également pour les médecins en deuxième ligne et dans les pratiques spécifiques, notamment sur les modalités de décaissement des sommes consenties par le gouvernement. **Nous n'oublions aucun secteur de pratique.**

Cette transformation marque un tournant important. Elle devra mieux soutenir le travail d'équipe, favoriser la pertinence et contribuer, elle aussi, à rendre la médecine de famille plus attractive. Car au-delà d'un modèle de rémunération, d'une campagne électorale ou d'un gouvernement, l'enjeu demeure le même : **donner à la médecine de famille les moyens d'être forte.**

Forte pour attirer la relève.
Forte pour soutenir et retenir ceux qui la pratiquent.
Et forte pour mieux prendre soin d'un Québec qui en a bien besoin.

Bon vote à toutes et à tous !

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

VOLUME 61, NUMÉRO 10, OCTOBRE 2026

Tous les sites Internet mentionnés dans les articles du *Médecin du Québec* sont présentés sous forme de liens hypertextes sur notre site Internet au *www.lemedecinduquebec.org*. Vous avez donc accès directement aux références indiquées d'un simple clic de souris.

DIRECTRICE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
Dre Isabelle Noiseux

RÉDACTRICE EN CHEF
Dre Isabelle Hébert

COMITÉ ÉDITORIAL
Dr Guillaume Lord, président
Dr Kevin Girard
Dre Anne-Louise Boucher
Dre Isabelle Hébert
Dre Isabelle Noiseux
Dre Karine Talbot
Marie-Sophie L'Heureux

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE
Dre Louise Champagne, présidente
Dre Mylène Arsenault
Dre Myriam Gosselin
Dr Alain Parent
Dr Marc-Antoine Turgeon
Dre Isabelle Hébert
Dre Isabelle Noiseux
Dre Karine Talbot

COORDONNATRICE DE LA PRODUCTION ET INFOGRAPHISTE SÉNIORE
Anne-Marie Boiteau

JOURNALISTES MÉDICAUX ET RÉDACTEURS SYNDICAUX
Maxime Johnson
Nathalie Vallerand

ADJOINTES ADMINISTRATIVES
Karine Cuny
Maureen Legrand
Erwanna Menguy

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Mélisande Leduc

PUBLICITÉ
CPS Média inc.
Maxime Caouette
mcaouette@cpsmedia.ca
450 227-8414, poste 314
1 866 227-8414

IMPRIMEUR
Transcontinental/Interweb
Boucherville (Québec)

Le Médecin du Québec, mensuel de la FMOQ, est envoyé aux médecins omnipraticiens du Québec cotisant à la FMOQ ainsi qu'aux résidents en médecine familiale. Ceux qui désirent résilier leur abonnement doivent le faire en ligne au https://mon.fmoq.org/envois en décochant la case « Copie papier de la revue Le Médecin du Québec ».

Pour nous joindre :
2000-3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Westmount (Québec) H3Z 3C1
Téléphone : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499 / Télécopieur : 514 878-2659
Courrier électronique : mq@fmoq.org / Site Internet : *lemedecinduquebec.org*

Abonnement : 300 $ par année, taxes applicables en sus.
Tirage : 10 768

Le Médecin du Québec ouvre ses pages à toute collaboration pouvant intéresser la profession médicale sur les plans syndical, professionnel, économique et social. Les textes de la section de formation continue de même que ceux à caractère scientifique sont révisés par des pairs (comité de rédaction scientifique).

Avant de prescrire un médicament mentionné dans la revue *Le Médecin du Québec*, l'éditeur conseille aux lecteurs de consulter les renseignements thérapeutiques publiés par les fabricants pour connaître la posologie, les mises en garde, les contre-indications et les critères de sélection des patients. *Le Médecin du Québec* se dégage de toute responsabilité à cet égard.

Les textes publiés dans cette revue n'engagent que leurs auteurs.

Le Médecin du Québec est une revue indexée dans la base de données Repère.

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique. Toutes les autres annonces doivent recevoir l'approbation de l'éditeur.

Attestation. L'éditeur atteste que la déduction des frais de publicité du présent journal n'est pas restreinte par l'article 19 de la *Loi de l'impôt canadien sur le revenu*. Un annonceur qui remplit une déclaration d'impôt fédéral peut réclamer à titre de frais d'exploitation les frais de publicité dans la présente publication.

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 40068972

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 0025-6692 (imprimé) – ISSN 1711-5558 (en ligne)

Reproduction interdite sans autorisation.
© *Le Médecin du Québec*, 2026.

FSC www.fsc.org **MIXTE** Papier | Pour une gestion forestière responsable FSC® C011825

ÉDITORIAL

1 **LE SCRUTIN PASSERA. LA PRIORITÉ RESTERA.**
MARC-ANDRÉ AMYOT

VIE PROFESSIONNELLE

4 **RECHERCHE SUR LA PRATIQUE EN MÉDECINE DE FAMILLE :** LANCEMENT DE LA CHAIRE DE RECHERCHE DE LA FMOQ

6 **CALCIUM ET VITAMINE D :** DES HABITUDES À REVOIR ?

8 **PRIX COUP DE CŒUR 2025 DU MÉDECIN DU QUÉBEC :** LA DURÉE DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES : PLUS COURT, C'EST MIEUX

10 **LE PROGRAMME MENTORAT FMOQ :** DOUZE ANNÉES À FAIRE GRANDIR LA RELÈVE… ET CEUX QUI L'ACCOMPAGNENT

12 **SYNDROME OVARIEN MÉTABOLIQUE POLYENDOCRINIEN :** LE NOUVEAU NOM DU SOPK

14 **COMPORTEMENTS INCIVILS DES PATIENTS :** PRÉVENIR ET SE PROTÉGER

16 **RADAR MÉDICAL**

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE

17 **LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**
DAVID ROY

19 **TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET TRAVAIL :** QUE PEUT FAIRE LE MÉDECIN DE FAMILLE ?
NADINE LARIVIÈRE ET MARC CORBIÈRE

25 **TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE :** ENTENDS-TU QUE JE SOUFFRE ?
DANIÈLE HOUDE ET MÉLANIE LAN OANH TRUONG

29 **DIAGNOSTIC SANS DÉTOUR :** REPÉRER ET DISCUTER DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ
JÉRÉMIE BECK ET CLAUDIA SAVARD

35 **PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE :** QUAND, COMMENT ET POURQUOI PRESCRIRE ?
SUZANE RENAUD ET LIONEL CAILHOL

41 **PERSONNALITÉ NARCISSIQUE ET EXIGEANTE :** SOIGNER EN TOUTE INTÉGRITÉ
DAVID ROY ET EMMANUELLE O'BOMSAWIN

47 **POST-TEST (AVEC CRÉDITS)**



MQ

OFFERT EN FORMAT TABLETTE !

Télécharger dans l'App Store

DISPONIBLE SUR Google Play

CHRONIQUES

49 **ALLEZ PLUS LOIN GRÂCE À INTERNET**
PERSONNALITÉ TROUBLE
ROBERT AUBIN

51 **INFO-COMPRIMÉE**
LE TROUBLE LIÉ À L'USAGE DE L'ALCOOL : LA PRÉVENTION DES RECHUTES, UNE GOUTTE À LA FOIS !
VIRGINIE BLAIS ET STÉPHANIE CARREAU

57 **POUR QUE LA FORMATION CONTINUE**
DOCTEUR, J'AI MAL À LA MÂCHOIRE !
ALAIN AUBÉ

63 **VUE SUR L'OBSERVATOIRE**
INFARCTUS DU MYOCARDE : UNE MALADIE DISTINCTE CHEZ LA FEMME ?
ÉRIC THORIN ET MARTIN JUNEAU

67 **TERRAIN D'ENTENTE**
DEMANDES ANTICIPÉES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR : ADAPTER LA RÉMUNÉRATION À UNE NOUVELLE RÉALITÉ CLINIQUE
BENOIT BRODEUR

70 **GESTION PRATIQUE**
DOCTEURE... ET BIENTÔT PARENT !
MARIE-PIER LEFRANÇOIS-TANGUAY ET MARIANNE CASAVANT

65 **INDEX DES ANNONCEURS**

RECHERCHE SUR LA PRATIQUE EN MÉDECINE DE FAMILLE

LANCEMENT DE LA CHAIRE DE RECHERCHE DE LA FMOQ

NATHALIE VALLERAND

Dirigée par la professeure-chercheuse Isabelle Gaboury, de l'Université de Sherbrooke, la Chaire de recherche de la FMOQ sur la pratique de la médecine de famille a été officiellement lancée le 9 septembre dernier. Elle s'appuiera notamment sur les principes de l'amélioration continue de la qualité pour soutenir les équipes cliniques.



Photos : Mathieu Lanthier - UdeS

D^re Anne-Patricia Prévost, P^re Isabelle Gaboury et P^r Jean-Pierre Perreault

Financée par la FMOQ, la nouvelle Chaire vise à combler une lacune : le manque de recherche consacrée à la médecine de famille et à la première ligne. « Notre objectif est d'accroître les connaissances dans notre domaine et de fournir aux équipes cliniques des solutions concrètes aux défis de leur pratique », explique le président de la FMOQ, le **D^r Marc-André Amyot**. Selon lui, il est essentiel d'appuyer les décisions cliniques sur des données probantes.

Pour ses cinq premières années d'existence, la chaire concentrera ses travaux sur l'amélioration continue de la qualité, le champ d'expertise de la professeure **Isabelle Gaboury**, titulaire de la chaire et professeure-chercheuse à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. « Les médecins de famille veulent offrir les meilleurs services possibles aux patients, mais ils ont besoin de soutien pour mettre en œuvre les changements nécessaires », constate le D^r Amyot.

Cette collaboration entre la FMOQ et l'Université de Sherbrooke s'inscrit dans le prolongement des travaux sur l'accès adapté menés par la professeure Gaboury depuis 2018. « Nous avons développé une approche d'accompagnement très concrète, directement ancrée dans la réalité des cliniques. C'est de la recherche appliquée au bénéfice du terrain », affirme-t-elle.

Selon le D^r Amyot, les retombées pourraient aller bien au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins. Elles pourraient aussi favoriser le bien-être des médecins eux-mêmes. « Les équipes qui ont participé aux études antérieures sur l'accès adapté semblent ressentir moins de pression qu'auparavant. Cela suggère qu'une optimisation des processus peut aussi contribuer à réduire la charge mentale des médecins et ainsi améliorer leur qualité de vie et leur satisfaction au travail », observe-t-il.

DES RÉSULTATS PROMETTEURS

Avant la création de la chaire, l'équipe de la professeure Gaboury a mené un essai contrôlé auprès de 48 cliniques québécoises afin d'évaluer les effets de l'amélioration continue de la qualité sur l'accès aux soins de première ligne. Pendant 18 mois, la moitié des cliniques ont bénéficié d'un accompagnement comprenant du mentorat de groupe, des séances de réflexion et des exercices de hiérarchisation des enjeux. Les autres cliniques ont servi de groupe témoin et n'ont donc pas été accompagnées, sauf quatre d'entre elles, qui ont participé à une intervention en amélioration continue de la qualité au 14^e mois de leur suivi. Ces quatre cliniques ont alors été retirées du groupe témoin.

Les premiers constats sont encourageants. Dans les cliniques ayant bénéficié d'un accompagnement, l'évolution de l'accès a été favorable. En effet, dans dix d'entre elles, la mesure du troisième rendez-vous disponible, un indicateur



d'accessibilité, a diminué d'environ 40 %, passant de 8,4 jours à 5 jours. Sept cliniques ont maintenu un accès stable, tandis que cinq ont connu un recul. Les progrès ont été plus modestes dans les milieux n'ayant pas été accompagnés : seules deux cliniques ont enregistré une amélioration, avec une réduction moyenne de 30 % du délai associé au troisième rendez-vous disponible, qui est passé de 9,8 jours à 6,86 jours, alors que l'accès est demeuré stable dans onze cliniques et s'est détérioré dans onze autres.

Pour la professeure Gaboury, ces résultats démontrent le potentiel des approches d'amélioration de la qualité pour soutenir la mise en œuvre de l'accès adapté. « Une transformation durable exigera toutefois des changements organisationnels, notamment l'optimisation des flux de travail, une meilleure répartition des horaires et un renforcement de la collaboration interprofessionnelle », rappelle-t-elle.

UN TABLEAU DE BORD POUR MESURER L'ACCÈS ET PLUS ENCORE

Les travaux de la chercheuse ne s'arrêtent pas là. Dans l'étude *Use of Electronic Medical Record Data to Create a Dashboard on Access to Primary Care*[1], publiée en 2023, son équipe a démontré qu'il est possible de créer un tableau de bord permettant de suivre l'accès aux soins en temps réel, à partir des données des dossiers médicaux électroniques. Le tableau de bord repose sur six indicateurs d'accès : le troisième rendez-vous disponible, la continuité relationnelle (capacité du patient à voir son médecin habituel), l'accès à un rendez-vous dans les 48 heures, l'utilisation des consultations sans rendez-vous, la diversité des professionnels de la santé et les rendez-vous non honorés.

L'un des principaux avantages de cet outil est qu'il permet aux cliniciens de suivre l'évolution de leurs indicateurs d'accès dans le temps et de les comparer à ceux de leurs collègues de travail, de professionnels ayant une pratique comparable dans d'autres milieux de soins ou d'autres cliniques. À ce jour, 216 cliniques utilisent ce tableau de bord.

L'équipe de recherche met toutefois en garde contre une vision trop étroite de l'accès. En effet, une clinique peut sembler très accessible parce qu'elle offre de nombreux rendez-vous, mais cette accessibilité peut parfois se faire au détriment de la continuité des soins lorsque les patients doivent constamment consulter un professionnel autre que leur clinicien habituel.

Par ailleurs, près de 220 cliniques transmettent leurs données sur l'accès adapté à l'équipe d'Isabelle Gaboury. Pour l'instant, les rapports qui en découlent sont statiques, mais ils pourraient éventuellement être accessibles en ligne grâce au don effectué par la FMOQ pour la création de la chaire.

UN FINANCEMENT PENSÉ POUR DURER

Pour la Fédération, cette chaire de recherche sur la pratique de la médecine de famille représente un investissement substantiel de 2 M $ au total : un don de 1,25 M $ ainsi qu'une contribution supplémentaire de 750 000 $ des Fonds FMOQ. « En raison de l'ampleur du montant, ç'a été une décision très importante pour notre fédération », souligne le Dr Amyot.

La chaire a la particularité d'être capitalisée. Ainsi, les fonds octroyés par la Fédération seront investis et administrés par l'Université de Sherbrooke, et seuls les revenus générés serviront à financer les activités de recherche. Ce modèle assure la pérennité de l'initiative et garantit un soutien durable à la recherche en médecine de famille. « Il y aura toujours des ressources financières consacrées à l'avancement des connaissances dans notre domaine », se réjouit le président de la FMOQ. ▮

BIBLIOGRAPHIE

1. Breton M, Gaboury I, Bordeleau F et coll. Use of electronic medical record data to create a dashboard on access to primary care. *Healthcare Policy*. 2023 ; 18(4) : 72-88. DOI : 10.12927/hcpol.2023.27092

CALCIUM ET VITAMINE D

DES HABITUDES À REVOIR ?

MAXIME JOHNSON

Une vaste revue systématique québécoise avec méta-analyse remet en question la supplémentation systématique en calcium et en vitamine D pour prévenir les fractures et les chutes.



Olivier Massé

Calcium et vitamine D font depuis longtemps partie de l'arsenal utilisé pour préserver la santé osseuse, particulièrement chez les personnes âgées. Une étude publiée dans le *BMJ*[1] indique toutefois que ces deux suppléments, pris seuls ou ensemble, procureraient peu ou pas de bienfaits cliniquement significatifs pour prévenir les fractures et les chutes chez la plupart des personnes ne recevant pas de traitement médicamenteux contre l'ostéoporose.

L'utilisation répandue de ces suppléments n'est pas anodine. « Les prescriptions de suppléments de calcium et de vitamine D sont en hausse partout en Occident, particulièrement au Québec. La vitamine D demeure en tête des produits les plus réclamés à la RAMQ, toutes catégories confondues », souligne le premier auteur de l'étude, **Olivier Massé**, pharmacien au GMF-U Sacré-Cœur et à l'unité de courte durée gériatrique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

« Plusieurs études cliniques d'envergure ont été publiées au cours des dernières années, particulièrement sur la vitamine D. Il était donc pertinent de mettre à jour les données sur les bienfaits réels de ces suppléments afin d'aligner nos pratiques cliniques sur les meilleures preuves scientifiques possibles », explique le pharmacien.

UNE VASTE MÉTA-ANALYSE

Pour faire le point, Olivier Massé et ses collègues ont réalisé une revue systématique avec méta-analyse de 69 essais cliniques avec répartition aléatoire regroupant 153 902 participants. Les études comparaient l'administration de calcium, de vitamine D ou d'une association des deux à un placebo ou à l'absence de traitement. Les participants devaient être âgés d'au moins 18 ans et ne pas recevoir de médicaments contre l'ostéoporose. « Nous avons vraiment ratissé très large », souligne Olivier Massé. La majorité des essais portaient sur des participants vivant dans la communauté (87 %) et sur des populations qui n'étaient pas considérées comme

CALCIUM ET VITAMINE D : PETITE HISTOIRE D'UNE GRANDE POPULARITÉ

L'engouement pour la vitamine D ne date pas d'hier. Au début des années 1990, une importante étude française menée auprès de patients très âgés vivant en résidence pour aînés avait rapporté une diminution marquée des fractures de la hanche et non vertébrales avec un traitement combiné de calcium et de vitamine D. « À partir de là, il y a eu une explosion des prescriptions », raconte Olivier Massé.

Les premières méta-analyses sur la question étaient plutôt favorables à la supplémentation, explique le pharmacien, mais elles reposaient sur peu d'études, dont l'une a ensuite été rétractée. Avec l'accumulation d'études plus vastes et de meilleure qualité, les bienfaits apparents se sont toutefois atténués.

Malgré l'évolution des données, la vitamine D demeure fortement ancrée dans les habitudes cliniques. « La médecine, c'est aussi une question de traditions », note Olivier Massé, qui observe l'attachement de nombreux cliniciens à cette pratique.



présentant un risque élevé de fracture ou de chute (73 %). Les participants étaient principalement des personnes âgées, l'âge médian à l'échelle des essais étant de 71 ans.

Les chercheurs se sont intéressés au risque de subir une fracture, ainsi qu'aux fractures de la hanche, vertébrales et non vertébrales, de même qu'au risque et au nombre de chutes. La sélection des études, l'extraction des données et l'évaluation du risque de biais ont été réalisées indépendamment par des paires d'évaluateurs.

DES EFFETS MODESTES

Les résultats sont particulièrement nets pour la vitamine D seule. Pour l'ensemble des fractures, le risque était pratiquement identique avec ou sans supplémentation (rapport de risque [RR] : 1,00 ; IC à 95 % : 0,95–1,06), avec un degré de certitude élevé. Le calcium seul n'a pas non plus réduit de façon convaincante le risque de fracture (RR : 0,91 ; IC à 95 % : 0,81–1,01), avec un degré de certitude modéré. Les chercheurs ont également observé des effets faibles ou inexistants de ces suppléments sur les autres types de fractures et sur les chutes.

La combinaison de calcium et de vitamine D brosse toutefois un portrait un peu plus nuancé. Elle était associée à une diminution statistiquement significative du risque de toute fracture (RR : 0,91), de fracture de la hanche (RR : 0,84) et de fracture non vertébrale (RR : 0,87). Ces différences demeuraient cependant trop faibles en valeur absolue pour atteindre les seuils que les chercheurs avaient préalablement jugés cliniquement importants. Concrètement, sur un suivi moyen de 2,3 ans, la supplémentation combinée était associée à une réduction de 1 % du risque de fracture toutes catégories confondues, à une réduction de 0,3 % du risque de fracture de la hanche et à une réduction de 1,6 % du risque de fracture non vertébrale.

« Les analyses de sensibilité indiquent que ces réductions absolues du risque s'expliquaient en grande partie par un seul essai mené auprès d'une population présentant un risque très élevé, ce qui laisse croire que les différences observées seraient probablement encore plus faibles dans la population générale », notent les auteurs.

UNE HABITUDE (ET DES LIGNES DIRECTRICES) À REVOIR ?

Pour Olivier Massé, le principal message pour les médecins est assez simple : chez les patients sans indication particulière, la supplémentation systématique en calcium et en vitamine D ne devrait plus être considérée comme nécessaire.

« Les patients qui prennent des médicaments pour l'ostéoporose, c'est une population complètement à part », précise toutefois le pharmacien. Dans la grande majorité des cas, ces patients devraient encore aujourd'hui recevoir une supplémentation en calcium et en vitamine D. Les personnes sous corticothérapie à long terme étaient aussi exclues de la revue.

« Mais pour monsieur, madame Tout-le-Monde, il y a peu, voire aucun bienfait, à prescrire un supplément de calcium ou de vitamine D », résume-t-il. Le pharmacien ne propose pas pour autant de revoir toutes les ordonnances déjà en cours, mais estime qu'à l'avenir, la supplémentation ne devrait plus être prescrite systématiquement chez les patients sans indication particulière.

Notons que les recommandations officielles ne sont pas alignées sur ces résultats. Ostéoporose Canada privilégie déjà les apports alimentaires en calcium plutôt qu'une supplémentation systématique, mais continue de recommander 400 UI de vitamine D par jour à partir de 50 ans. Olivier Massé espère que les nouvelles données stimuleront la réflexion et les discussions sur le sujet. « Les cliniciens, les groupes responsables des lignes directrices et les organismes de réglementation devraient réévaluer leurs recommandations générales concernant la supplémentation en calcium et en vitamine D à la lumière des données probantes actuelles », concluent d'ailleurs les auteurs de l'étude. ▮

BIBLIOGRAPHIE

1. Massé O, Mercurio CM, Dupuis S et coll. Calcium, vitamin D, or combined supplementation to prevent fractures and falls: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2026 ; 393 : e088050. DOI : 10.1136/bmj-2025-088050

PRIX COUP DE CŒUR 2025 DU *MÉDECIN DU QUÉBEC*

LA DURÉE DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES : PLUS COURT, C'EST MIEUX

MAXIME JOHNSON



Annie Routhier

Les traitements antibiotiques sont encore souvent prescrits plus longtemps que nécessaire, même si des durées plus courtes sont tout aussi efficaces pour plusieurs infections courantes. C'est le sujet de l'article « La durée des traitements antibiotiques – Plus court, c'est mieux ! » de la pharmacienne **Annie Routhier**, gagnante du prix Coup de cœur 2025 du *Médecin du Québec*, décerné pour le texte le plus apprécié de l'année par les lecteurs.

Le sujet était tout naturel pour la pharmacienne. Désormais établie au Yukon, M^me^ Routhier a travaillé pendant cinq ans en antibiogouvernance au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), où les interventions visant à optimiser la durée des traitements faisaient partie de son quotidien. « Beaucoup de nouvelles données ont été publiées sur le sujet, ce qui en fait un thème d'actualité », explique-t-elle.

CONSULTER L'ARTICLE COUP DE CŒUR 2025

Pendant longtemps, la durée des antibiothérapies reposait davantage sur des habitudes que sur des données scientifiques robustes. Des traitements de 7 ou de 14 jours ont notamment été adoptés en partie parce qu'ils correspondaient à une durée d'une ou deux semaines.

« Il y a un changement de paradigme entre les pratiques du passé, un peu basées sur des mythes, et les données actuelles, robustes et favorables aux courtes durées de traitement », souligne Annie Routhier. Malgré ces données, les traitements trop longs demeurent fréquents en pratique, constate-t-elle.

Son article, publié dans le numéro de décembre 2025, porte notamment sur différentes infections courantes, comme la pneumonie extrahospitalière et la cellulite, pour lesquelles un traitement d'environ cinq jours peut souvent suffire lorsque l'évolution clinique est favorable. Elle y aborde également certaines infections intra-abdominales compliquées, où quatre jours d'antibiothérapie peuvent être suffisants après un contrôle adéquat de la source.

Au-delà des durées précises, Annie Routhier souhaite surtout transmettre un principe simple : réduire une antibiothérapie, même d'une seule journée, peut avoir son importance. « Chaque jour épargné, chaque jour en moins d'exposition à un antibiotique, ça compte pour diminuer les risques qui y sont associés. Chaque effort est important », insiste-t-elle. ▮



VOICI LES ARTICLES PRÉFÉRÉS DES LECTEURS DU *MÉDECIN DU QUÉBEC* EN 2025



L'INTERPRÉTATION DES DIFFÉRENTS TESTS

JANVIER 2025

Tests communs, pièges fréquents : les limites des tests médicaux

Dr Samuel Boudreault



LES URGENCES AU CABINET

JUILLET 2025

Les petits bobos deviennent grands au cabinet : panique ou patience ?

Dr Chady El Tawil



LES LOMBALGIES

FÉVRIER 2025

Les multiples visages de la myélopathie cervicale dégénérative

Dre Ève Boissonnault, Dr Victor Lim et Dre Imene Saidi



POT-POURRI EN ORL

AOÛT 2025

Quand le rot ne passe pas : le dysfonctionnement cricopharyngé rétrograde

Dr Simon Brisebois et Dre Raphaëlle Bouchard-Lajeunesse



LA RADIOLOGIE : LES CHOIX JUDICIEUX D'EXAMENS

MARS 2025

Découvertes fortuites en imagerie : un simple incident de parcours ?

Dre Rébecca Bourgault et Dr Samuel Boudreault



LES ANALYSES DE BIOCHIMIE

SEPTEMBRE 2025

Hypertriglycéridémies et hyper-cholestérolémie familiale : interprétation du bilan sanguin et prise en charge

Dre Artuela Çaku et Dr Sébastien Thériault



L'HÉPATITE SOUS TOUS SES ANGLES

AVRIL 2025

Le bilan hépatique perturbé : comment s'y retrouver ?

Dre Evelyne Leblanc



LA GROSSESSE

OCTOBRE 2025

Maladies chroniques et grossesse : de la préconception au post-partum

Dre Émilie L'Ecuyer



CANCER DU SEIN 2025

MAI 2025

Dépistage du cancer du sein : qui ? quand ? comment ?

Dre Dominique Boudreau



DOULEUR CHRONIQUE : TRUCS ET ASTUCES POUR AIDER VOS PATIENTS

NOVEMBRE 2025

Infiltrations spinales : viser juste !

Dre Alexandra Simard et Dr David Jessop



LA FMOQ ALLIÉE DE VOTRE PRATIQUE

JUIN 2025

Le début et la fin de la pratique : les outils pour une transition réussie

Dre Anne-Louise Boucher et Dre Marie-Pierre Laflamme



LES ANTIBIOTIQUES : LA RÉSISTANCE, LES BONS CHOIX

DÉCEMBRE 2025

La durée des traitements antibiotiques : plus court, c'est mieux !

Annie Routhier

LE PROGRAMME MENTORAT FMOQ

DOUZE ANNÉES À FAIRE GRANDIR LA RELÈVE… ET CEUX QUI L'ACCOMPAGNENT

CATHERINE DESAUTELS

Le 24 octobre 2014, onze futurs mentors et mentorés se rencontraient lors de la toute première journée d'immersion en mentorat, soulignant les débuts du programme Mentorat FMOQ. Aujourd'hui, ce programme a permis à plus de 236 mentorés de trouver une personne de confiance à qui poser leurs questions, avec qui partager leurs réflexions et discuter des défis rencontrés dans leur pratique. Ce sont 158 mentors qui ont répondu à l'appel pour soutenir un jeune collègue dans son parcours.

Alors que la 14e cohorte prend son envol, une analyse des données recueillies annuellement nous permet de constater les retombées chez les participants des années précédentes. S'il est facile d'imaginer ce qu'un mentoré gagne à s'investir dans une relation de mentorat, les bénéfices pour le mentor demeurent plus méconnus. Or, l'évaluation des retombées du programme montre que les mentors réalisent également des apprentissages : 90 % disent mieux comprendre la génération des jeunes médecins ; 82 % ont découvert, à leur contact, de nouvelles idées, connaissances ou manières de faire ; 86 % ont consolidé leur identité professionnelle comme médecin et 81 % ont accru leur sentiment de compétence en général dans leur pratique. Cependant, de tous les bénéfices perçus, le plus présent pour les mentors est la générativité : l'engagement à transmettre son expérience et à laisser une empreinte positive pour les générations futures. Décrite par Erikson (1950)[1] comme l'un des stades psychosociaux du développement de l'adulte, la générativité est particulièrement saillante au mitan de la vie, et le mentorat demeure l'une des avenues qui permettent de répondre à ce besoin.

Être mentor, c'est mettre son expérience au service d'un autre médecin tout en redécouvrant la valeur de son propre parcours.

Du côté des mentorés, l'un des objectifs de développement le plus couramment poursuivi touche à la thématique de l'organisation de la pratique. En effet, 87 % des mentorés ont établi au moins un objectif touchant à ce thème, qui inclut, entre autres, la gestion du temps, la configuration d'un horaire cohérent et réaliste, ainsi que l'amélioration de l'efficacité au travail, notamment dans le traitement des tâches administratives. Par ailleurs, la recherche d'un équilibre entre le travail et la vie personnelle faisait partie des objectifs visés par plus des trois quarts des mentorés (78 % des mentorés), et une majorité souhaitait développer leur résilience personnelle (60 % des mentorés), notamment par la consolidation de leur confiance en leurs capacités. Enfin, près de la moitié désirait être accompagnée dans leurs réflexions sur leur cheminement professionnel (48 % des mentorés). Heureusement, les résultats de l'évaluation du programme révèlent que 91 % des mentorés perçoivent des retombées directement liées aux objectifs poursuivis. D'ailleurs, des améliorations significatives sont observées chez les mentorés entre le début et la fin de leur parcours dans le programme, d'une durée d'un an. En effet, les mentorés se sentent mieux préparés à relever les défis quotidiens de leur pratique professionnelle, savent mieux reconnaître leurs forces et les valoriser, se sentent plus compétents, plus autonomes professionnellement et plus épanouis dans leur pratique qu'à leur entrée dans le programme. De plus, ils ressentent moins de stress par rapport au degré de performance attendu d'eux par leurs patients.

Au-delà des chiffres, les réponses des mentorés à la question sur les changements perçus dans leur pratique professionnelle sont encore plus parlantes. Certains mentorés mentionnent avoir intégré des activités qui les intéressaient à leur pratique, un changement parfois envisagé depuis plusieurs années avant de finalement se concrétiser avec l'accompagnement du mentor. D'autres ont trouvé des stratégies pour se soulager d'une partie de la charge émotionnelle liée à leur travail. Un mentoré constate même une amélioration du climat de travail dans son milieu grâce à des initiatives mises en place en s'inspirant du fonctionnement du milieu de son mentor.

Malgré ces résultats favorables, les relations mentor-mentoré n'auront pas toutes un impact marquant dans un parcours. Certains jumelages peuvent être de plus courte durée, la relation restant parfois à un niveau plus transactionnel d'échange d'informations lors de quelques rencontres avant de se terminer en bons termes. Plusieurs bonnes raisons expliquent ces arrêts précoces, qui ne



représentent pas un enjeu en soi. Nous nous sommes néanmoins intéressés aux éléments qui facilitent l'établissement d'une relation mentorale fertile. Nous avons posé la question aux mentorés : qu'est-ce qui a favorisé le développement de la relation ? L'impression que le mentor était investi, à l'écoute et soucieux de leur réussite, sa personnalité rassurante ainsi que son ouverture à se dévoiler comme un humain imparfait et à partager les leçons tirées des faux pas de son parcours figurent parmi les éléments les plus fréquemment rapportés.

Grandir comme médecin passe parfois par le regard bienveillant d'un collègue qui a déjà traversé les mêmes questionnements.

Afin de favoriser un jumelage compatible, les participants du programme ont l'occasion de faire connaissance lors de la formation initiale. Cette rencontre brise-glace permet d'orienter leur choix dans le processus de jumelage subséquent. Par ailleurs, les participants sont accompagnés tout au long de l'année par l'équipe du programme afin de maximiser les retombées positives de leur participation. En effet, en complément des formations, des groupes d'échange et des suivis individuels accrédités sont prévus afin de les soutenir dans le développement d'une relation mentorale constructive et enrichissante.

Si vous avez envie de vivre cette expérience comme mentor ou comme mentoré, une nouvelle cohorte démarre chaque automne. Pour toute question, n'hésitez pas à nous écrire à mentorat-fmoq@fmoq.org.

BIBLIOGRAPHIE

1. Doerwald F, Zacher H, W. Van Yperen N et coll. Generativity at work: a meta-analysis. *J. Vocat. Behav*. 2021 ; 125, 103521. DOI : 10.1016/j.jvb.2020.103521

Devenez mentor ou mentoré !

Vivez une relation professionnelle enrichissante pendant un an

MENTORS

Accompagnez un collègue en début de pratique

MENTORÉS

Bénéficiez d'un accompagnement centré sur vos besoins

MENTORAT FMOQ

*Faites partie **dès maintenant** des médecins de famille de la 14e cohorte du programme Mentorat FMOQ*

SYNDROME OVARIEN MÉTABOLIQUE POLYENDOCRINIEN

LE NOUVEAU NOM DU SOPK

MAXIME JOHNSON

Le syndrome des ovaires polykystiques change de nom. Il faut désormais parler de syndrome ovarien métabolique polyendocrinien.

Jugée scientifiquement imprécise et trop centrée sur les ovaires au détriment des autres manifestations de la maladie, l'appellation syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) cède sa place à un nouveau nom, choisi au terme d'une vaste consultation internationale. L'équipe à l'origine du changement espère que la nouvelle nomenclature permettra de mieux faire connaître la maladie, d'en faciliter le diagnostic et d'améliorer la qualité des soins.



Dr Jean-Patrice Baillargeon

De *polycystic ovary syndrome* (PCOS), le choix s'est finalement arrêté sur *polyendocrine metabolic ovarian syndrome* (PMOS), au terme d'un processus de consensus international en plusieurs étapes, mené notamment par une équipe de l'Université Monash, en Australie, et dont les conclusions ont été publiées dans *The Lancet*[1].

En français, le consortium a retenu syndrome ovarien métabolique polyendocrinien (SOMP), quoique le débat ne soit pas encore tout à fait clos (*voir encadré*).

ET EN FRANÇAIS ?

ENCADRÉ

Le nom syndrome ovarien métabolique polyendocrinien (SOMP) est la traduction française retenue par le comité international pour le *polyendocrine metabolic ovarian syndrome* (PMOS). Depuis l'annonce du nouveau nom au printemps, une autre traduction circule toutefois, notamment dans les médias.

« À l'heure actuelle, on constate que certaines sources emploient syndrome ovarien métabolique polyendocrinien, tandis que d'autres emploient plutôt syndrome métabolique ovarien polyendocrinien », observe un porte-parole de l'Office québécois de la langue française.

Un fait qui n'a pas échappé au Dr Jean-Patrice Baillargeon, qui a donc relancé le consortium à ce sujet. « Je dirige avec le groupe du changement de nom un nouveau sondage international auprès de la communauté francophone de ce consortium afin de valider le nom le plus acceptable pour la communauté », souligne-t-il. Le résultat du sondage pourrait dicter laquelle des deux traductions sera finalement conservée.

POURQUOI CHANGER

« Ça faisait très longtemps que la nécessité d'un changement de nom était discutée », note d'emblée le **Dr Jean-Patrice Baillargeon**, endocrinologue et professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, qui a participé aux délibérations. « Scientifiquement, le syndrome des ovaires polykystiques n'était pas une appellation adéquate », explique-t-il.

Le syndrome, qui touche environ une femme sur huit, est un trouble hormonal complexe pouvant perturber l'ovulation et les cycles menstruels, entraîner un excès d'androgènes et provoquer de l'acné ou une pilosité accrue. Il est aussi associé à des problèmes métaboliques, comme la résistance à l'insuline, ainsi qu'à des troubles psychologiques tels que l'anxiété et la dépression. Or, son ancien nom suggérait avant tout la présence de kystes aux ovaires.

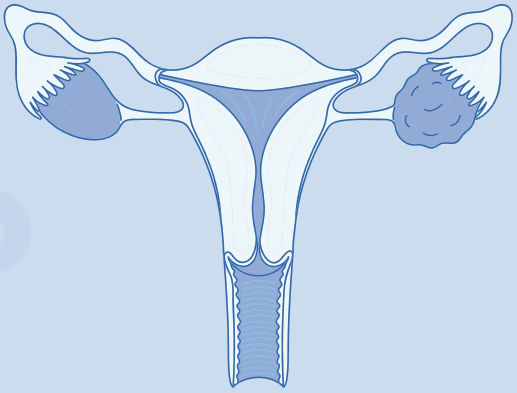
« À l'échographie, les ovaires peuvent présenter un aspect en chapelet de petits follicules, mais ce ne sont pas des kystes : ils ne peuvent pas éclater, se rompre ou causer de douleur », explique le Dr Baillargeon. D'ailleurs, cet aspect des ovaires n'est ni nécessaire ni suffisant pour poser le diagnostic. « C'est trompeur, et ça inquiétait les gens pour rien », ajoute l'endocrinologue.

Le nom réduisait aussi la maladie aux ovaires et à la reproduction. « C'est une maladie qui est beaucoup plus globale que ça », insiste le Dr Baillargeon.

Cet accent mis sur la reproduction pouvait être stigmatisant, particulièrement dans certaines cultures. « Il y avait une grande volonté, tant chez les professionnels que chez les femmes atteintes qui ont participé au processus, pour que la prise en charge de la maladie soit plus globale et ne se limite pas à l'aspect reproducteur », note le Dr Baillargeon.

DE SOPK À SOMP

Le choix d'un nouveau nom pour le SOPK est le résultat d'un processus long et rigoureux auquel ont participé 56 organisations



et plus de 14 000 personnes, dont des patientes atteintes et des professionnels de la santé de diverses disciplines et régions du monde. « C'est probablement pour ça que ça ne s'était pas fait plus tôt », observe le Dr Baillargeon.

Ce dernier souligne d'ailleurs le rôle central de la professeure **Helena Teede** dans ce processus. La chercheuse de l'Université Monash, en Australie, a dirigé l'initiative. Helena Teede mène également les travaux entourant les recommandations internationales sur la prise en charge du syndrome, ce qui a facilité la mise sur pied d'une structure capable de soutenir ce changement.

Le processus a notamment reposé sur des sondages Delphi successifs. « On pose une série de questions, on voit ce qui ressort le plus, puis on soumet des questions plus précises », résume le Dr Baillargeon, qui y a participé à titre de représentant de la Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme.

Des ateliers internationaux ont ensuite réuni des personnes atteintes et des professionnels de différentes disciplines afin de déterminer quels termes devaient apparaître dans le nouveau nom — et dans quel ordre. Même l'acronyme comptait : « c'est pratiquement ce sur quoi il a été le plus difficile de s'entendre : comment trouver les bons mots, dans le bon ordre, pour faire un bon acronyme », raconte-t-il. L'acronyme du nom choisi PMOS est ainsi très proche de l'acronyme original PCOS, même si les deux noms diffèrent considérablement.

NOUVEAU NOM, MEILLEURE PRISE EN CHARGE ?

L'exercice ne visait pas seulement à accroître la précision scientifique du nom. « Harmoniser la nomenclature avec l'évolution des connaissances scientifiques et en améliorer la précision permettra de mieux faire connaître la maladie et d'améliorer son diagnostic, la qualité des soins ainsi que l'expérience des patientes », écrivent Helena Teede et ses collaborateurs dans l'article du *Lancet*.

« Le changement de nom augmente la sensibilisation à cette maladie », opine le Dr Baillargeon. L'ajout des dimensions métabolique et polyendocrinienne au nom rappelle aux médecins de famille que la prise en charge ne doit pas se limiter aux manifestations immédiates. Un contraceptif oral permet, par exemple, de maîtriser certains symptômes, mais « c'est un peu comme mettre un pansement sur le bobo. Les risques de troubles métaboliques à long terme ne sont pas réglés », souligne l'endocrinologue.

Le nouveau nom vise aussi à améliorer l'expérience des patientes, notamment en réduisant la stigmatisation associée à l'ancienne appellation, laquelle mettait fortement l'accent sur les ovaires et, par extension, la fertilité, alors que les femmes atteintes n'ont pas toutes un désir de grossesse ni même de problèmes de fertilité. L'attention ainsi portée à la fonction reproductive peut être particulièrement stigmatisante dans certains contextes culturels. « Mettre un peu moins d'accent sur l'aspect reproductif, c'est quand même utile », estime le Dr Baillargeon.

UNE TRANSITION DE TROIS ANS

Le choix d'un nouveau nom ne garantit évidemment pas son adoption. Le consortium a donc prévu une transition structurée sur trois ans, pendant laquelle l'ancienne et la nouvelle appellations pourront coexister.

Un plan de mise en œuvre en huit étapes a d'ailleurs été élaboré. Il prévoit notamment la création de ressources multilingues pour les patientes et les professionnels, l'intégration du nouveau nom aux dossiers médicaux électroniques et aux outils de formation, ainsi que des démarches auprès des gouvernements, des organismes de financement, des revues scientifiques et de l'Organisation mondiale de la santé afin de faire progresser son intégration à la Classification internationale des maladies.

Le point culminant de cette transition est prévu en 2028, lors de la prochaine mise à jour des recommandations internationales sur le syndrome. Le nouveau nom sera alors officiellement intégré aux recommandations. ▮

BIBLIOGRAPHIE

1. Teede HJ, Bahri Khomami M, Morman R et coll. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet*. 2026 ; 407 (10545) : 2329-39. DOI : 10.1016/S0140-6736(26)00717-8

COMPORTEMENTS INCIVILS DES PATIENTS

PRÉVENIR ET SE PROTÉGER

NATHALIE VALLERAND

Un jour ou l'autre, la plupart des médecins devront composer avec des patients qui adoptent des comportements incivils. Toutefois, grâce à une approche empreinte de compassion et à des stratégies adaptées, la majorité de ces comportements finissent par s'atténuer, selon la Dre Marie-Ève Goyer.



Photo : Mélanie Cabanes

Dre Marie-Ève Goyer

Certains patients ne sont pas faciles à recevoir en cabinet, a lancé la **Dre Marie-Ève Goyer** au congrès des membres de la FMOQ, le 8 mai dernier. « Nos patients n'ont pas tous eu la chance d'apprendre à se réguler et à dire les choses de la bonne façon. Pourtant, ce sont eux qui m'ont appris les gens ne sont pas tous égaux lorsqu'il s'agit de consulter un médecin ou d'exprimer leurs besoins et leur souffrance. »

Comment demeurer bienveillant lorsque la communication devient difficile ? Comment établir des limites pour se sentir respecté dans la relation thérapeutique lorsqu'un patient bafoue les règles élémentaires de la vie en société ? La Dre Goyer invite ses collègues à se rappeler que les comportements incivils en disent long sur leurs auteurs. « Ces personnes laissent ainsi transparaître leur souffrance, leur éducation ou des difficultés de régulation. Il faut donc éviter d'interpréter ces situations comme une atteinte personnelle. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faut tout accepter. »

Lorsqu'une situation devient tendue avec un patient, la première étape consiste à en prendre conscience. « Si vous ressentez un inconfort — chaleur, agitation, tension — sortez du pilote automatique. Prenez un moment pour comprendre ce qui se passe en vous et chez l'autre. Vous pourrez ainsi agir plutôt que réagir », poursuit-elle.

Pour prévenir les incivilités, une communication transparente qui nomme les inconforts constitue un levier efficace. « Il faut aborder l'éléphant dans la pièce avec délicatesse et l'intégrer à la discussion », illustre la conférencière, forte de 20 ans d'expérience auprès de populations vulnérables. Lorsque les émotions prennent le dessus, il devient essentiel d'en être conscient pour mieux s'autoréguler. Il en va de même pour le sentiment d'impuissance, souvent difficile à tolérer pour les médecins.

L'omnipraticienne recommande également d'identifier les éléments déclencheurs des comportements incivils. « On peut parfois les repérer sur le moment, mais c'est souvent en prenant du recul, après coup, que l'on comprend réellement ce qui s'est produit et que l'on peut agir sur les causes », indique-t-elle, en suggérant d'en discuter en équipe.

COMMUNIQUER AVEC FINESSE

Pour éviter d'envenimer une situation tendue, les médecins peuvent recourir à la communication non violente, aussi appelée communication empathique. Cette approche consiste à nommer les faits sans les interpréter. Elle repose sur quatre principes :

- Observation : décrire les faits sans jugement ni critique ;
- Sentiment : exprimer ses émotions en utilisant le « je » ;
- Besoin : nommer le besoin à l'origine de ces émotions, par exemple le respect ;
- Demande : formuler une demande claire pour désamorcer la situation, par exemple : « Pouvez-vous baisser le ton et reculer un peu afin que nous puissions poursuivre la discussion ? ».

La métacommunication est un autre outil pertinent pour les médecins. Elle permet notamment de prendre du recul et de limiter les malentendus en communiquant sur la communication elle-même. « C'est la capacité de se retirer de la situation pour mieux la comprendre, comme si on observait la scène de l'extérieur », explique la Dre Goyer. On peut ensuite recadrer l'échange et valider les émotions ainsi que la

compréhension du patient. Par exemple : « J'ai l'impression que mon message n'a pas été bien reçu. Pouvez-vous me dire comment vous l'avez compris ? »

Par ailleurs, certaines consultations peuvent susciter chez les patients une impression de perte de contrôle. « Le médecin doit être conscient des dynamiques de pouvoir susceptibles de nuire à la relation thérapeutique », rappelle la conférencière, en ajoutant que le Collège des médecins offre des formations pour améliorer la communication et désamorcer les tensions et les conflits.

COACHER PLUTÔT QUE SAUVER

Selon la Dre Goyer, les patients adoptant des comportements incivils ont souvent tendance à placer les médecins dans un rôle de sauveur. « On multiplie les interventions, on propose des plans d'action, mais le patient n'adhère pas. On persiste malgré tout, jusqu'à ressentir parfois un sentiment de victimisation. » Pour maintenir un juste niveau d'engagement, il est essentiel de reconnaître ce piège, souligne-t-elle.

Dans la relation patient-médecin, la Dre Goyer propose de viser la « zone fabuleuse », c'est-à-dire une proximité équilibrée. « Cette zone est, pour moi, un pied de nez à la distance thérapeutique que j'ai apprise à l'université et qui ne m'a pas vraiment aidée à répondre aux besoins de mes patients. La zone fabuleuse privilégie la connexion avec le patient, sans attente de résultats ni surinvestissement. On ne veut pas davantage que le patient lui-même, on ne fixe pas d'objectifs thérapeutiques et on évite de sombrer dans le cynisme ou le négativisme. »

Enfin, la Dre Marie-Ève Goyer encourage les médecins à adopter le point de vue des patients afin de mieux comprendre leur réalité. Elle donne l'exemple de personnes aux prises avec une dépendance : même si la consommation persiste, une diminution ou le respect des rendez-vous peut représenter un progrès significatif. « Lorsqu'on se met à la place de ces patients, notre regard change et on reconnaît leurs progrès », conclut-elle. ▮

FORMATIONS EN LIGNE

récentes et à venir sur *caducee.fmoq.org*

CONFÉRENCES DU CONGRÈS DES MEMBRES

PRÉVENIR LE SURTRAVAIL : OUTILS ET LEVIERS D'ACTION

M. Denis Chênevert, directeur HEC Montréal et M. Francis Maisonneuve, stagiaire postdoctoral

1 heure d'activité de formation reconnue

LES RAPPORTS ET COPIES CONFORMES : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITÉS

Me Petra Kalinova, avocate, directrice adjointe du service juridique FMOQ et Dre Karine Bériault, médecin de famille

1 heure d'activité de formation reconnue

LES ENJEUX HOSPITALIERS CONTEMPORAINS

Dr Benoit Heppell, médecin de famille

1 heure d'activité de formation reconnue

L'APPROCHE EN SANTÉ DES IMMIGRANTS

Dre Lavanya Narasiah, médecin de famille

1 heure d'activité de formation reconnue

L'ERREUR OU LA PLAINTE : COMMENT MIEUX Y FAIRE FACE ?

Dre Sylvie Rhéaume et Dre Josiane D'Amico, médecins-conseil au PAMQ

1 heure d'activité de formation reconnue

Caducée, le portail de la formation en ligne de la FMOQ

L'accès aux formations en ligne issues d'un congrès auquel vous avez assisté est gratuit et reconnu automatiquement au moment de l'inscription, après identification sur le portail Caducée.

RADAR MÉDICAL

Le Médecin du Québec propose chaque mois un aperçu d'études de tous horizons qui ont suscité son intérêt.

MAXIME JOHNSON

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DÉPRESSION PÉRINATALE

eClinicalMedicine

L'activité physique peut réduire les symptômes dépressifs pendant la période périnatale, selon une synthèse de 20 revues systématiques et méta-analyses d'essais cliniques avec répartition aléatoire. Dans la « méta-méta-analyse », l'activité physique en général était associée à une réduction modérée des symptômes dépressifs (différence moyenne standardisée [DMS] : -0,56 ; IC à 95 % : -0,93 à -0,19), avec un degré de certitude modéré.

Des effets bénéfiques ont aussi été observés avec l'activité physique de faible intensité (DMS : -0,52), d'intensité modérée (-0,43) ou combinant différentes intensités (-0,52). Le yoga (-0,55) et les activités mixtes (-0,54) seraient particulièrement bénéfiques. Les auteurs recommandent d'intégrer l'activité physique, y compris de faible intensité, à la prise en charge non pharmacologique de la dépression périnatale.

Mohr E, Ludwig-Walz H, Pieper D et coll. Physical activity and perinatal depression and anxiety: a global umbrella review and meta-meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2026 ; 98 : 104054. DOI : 10.1016/j.eclinm.2026.104054

UNE NEUROPROTHÈSE APRÈS UNE TÉTRAPLÉGIE

Nature Medicine

Dans une étude menée chez un seul patient et dont les résultats ont été publiés dans *Nature Medicine*, une neuroprothèse combinant une interface cerveau-machine (ICM, un dispositif implanté directement dans le cerveau) et une stimulation ciblée du cerveau et de la moelle épinière a permis à un homme de 42 ans atteint d'une tétraplégie complète chronique de retrouver certaines capacités motrices et sensorielles.

L'ICM décodait notamment ses intentions de mouvement pour contrôler sa main en temps réel. Le participant a ainsi pu boire, manger seul et manipuler des objets fragiles. Certains gains ont persisté même lorsque le système n'était pas utilisé : après environ 35 semaines de stimulation de la moelle épinière, la force de flexion du coude avait suffisamment augmenté pour lui permettre de porter ses mains à son visage, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant. La sensibilité tactile du poignet s'est également améliorée, et ce gain s'est maintenu plus de deux mois après l'arrêt de l'intervention.

Chandrasekaran S, Wandelt SK, Jangam A et coll. A neuroprosthesis for restoring hand movement and sensation in a person with complete tetraplegia. *Nat Med*. 2026 ; 32 : 2591-2601. DOI : 10.1038/s41591-026-04498-0

AGONISTES OPIOÏDES ET RISQUE DE MORTALITÉ

The Lancet Public Health

Chez les personnes recevant un traitement par agonistes opioïdes (TAO), les périodes sous TAO sont associées à un risque de mortalité nettement inférieur à celui observé pendant les périodes hors traitement, selon une étude de cohorte rétrospective française regroupant 175 191 personnes. À un an, le risque de décès toutes causes confondues était inférieur de 59 % pendant les périodes sous TAO par rapport aux périodes hors traitement (rapport de risque instantané ajusté : 0,41 ; IC à 95 % : 0,37–0,44). Cette association persistait après 2, 5 et 7 ans de suivi.

Une diminution du risque a aussi été observée pour plusieurs causes de mortalité, notamment les blessures ou intoxications, les décès liés aux drogues, les surdoses accidentelles, certaines causes infectieuses et le suicide. Les auteurs soulignent toutefois que, puisqu'il s'agit d'une étude observationnelle, des facteurs de confusion résiduels ne peuvent être exclus.

Dupouy J, Druel V, Verges Y et coll. Opioid agonist treatment and risk of mortality in French primary care: a nationwide, retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2026 ; 11 (7) : e449-e456. DOI : 10.1016/S2468-2667(26)00095-2

DIABÈTE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE : DES ASSOCIATIONS DANS LES DEUX SENS

The Lancet Public Health

Le diabète et la santé buccale entretiennent, dans certains cas, une relation bidirectionnelle, selon une revue systématique avec méta-analyse de 28 études longitudinales regroupant plus de 300 000 participants dans 16 pays. La présence de parodontite est associée à une hausse de 18 % à 25 % du risque de diabète de type 2 lors de suivis de 5 à 20 ans. Le diabète est quant à lui associé à une incidence accrue de parodontite (risque relatif [RR] : 1,28).

Des associations bidirectionnelles ont également été observées en ce qui concerne la perte de dents, laquelle est associée à un risque de diabète de type 2 de 12 % à 20 % plus élevé, selon le degré de perte dentaire. Inversement, le diabète est associé à une hausse de 9 % du risque de perte de dents (rapport de risque instantané : 1,09), mais ce résultat repose sur une seule étude. Les auteurs estiment que ces données appuient une meilleure intégration de la santé buccodentaire dans la prévention et la prise en charge du diabète.

Botelho J, Singh S, Varenne B et coll. Oral health and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2026 ; 11 (8) : e555-e566. DOI : 10.1016/S2468-2667(26)00149-0

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Peu importe où vous prodiguez des soins, vous serez amenés à côtoyer des personnes vivant avec un trouble de la personnalité. Leurs difficultés se manifesteront d'abord sous forme de maladies chroniques, de problèmes psychosociaux, de dépression réfractaire ou encore d'une situation simple qui se complexifie au fil des soins. Vous découvrirez des vécus marqués par la souffrance, auxquels la société répond trop souvent par des portes closes, mais aussi des parcours empreints de résilience et de courage.

Comme médecins de famille, vous êtes des acteurs clés du système, en mesure d'offrir des soins à cette population stigmatisée. Cette série d'articles vise à vous outiller afin de renforcer non seulement vos habiletés techniques, mais aussi les savoir-faire essentiels pour venir en aide à une personne souffrant d'un trouble relationnel. C'est en maniant le paradoxe de la validation et de la fermeté que vous pourrez créer une cohérence et accompagner ces patients dans leur rétablissement.

Bonne lecture !



DAVID ROY
Médecin-psychiatre
CIUSSS de la Capitale-Nationale
Centre de Traitement le Faubourg Saint-Jean,
clinique spécialisée en troubles sévères de la personnalité

David Roy

Laquelle des deux prend PrREXULTIMD? Les deux.

PrREXULTI MD
Comprimés de brexpiprazole



PrREXULTIMD est indiqué pour le traitement symptomatique de l'agitation associée à la démence d'Alzheimer (ADA) chez les patients démontrant un comportement agressif et n'ayant pas répondu aux interventions non pharmacologiques.

PrREXULTIMD est indiqué en appoint à des antidépresseurs pour le traitement du trouble dépressif majeur (TDM) chez les adultes ayant obtenu une réponse inadéquate aux traitements antérieurs avec des antidépresseurs prescrits pour l'épisode dépressif en cours.

Découvrez-en plus sur REXULTI.ca/fr

Veuillez consulter la monographie de produit au www.rexultimonographie.ca pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions (particulièrement les mises en garde et précautions importantes chez les patients âgés atteints de démence), les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en nous appelant au **1 877 341-9245**.

Toutes les marques de commerce suivies des mentions MD ou MC sont protégées (déposées ou non) par leurs propriétaires ou concédants de licence. Pour obtenir plus d'information, veuillez visiter le www.otsukacanadatm-mc.ca.
© Otsuka Canada Pharmaceutique et Lundbeck Canada Inc. Tous droits réservés.

OTS-REX-00167F

Otsuka

Lundbeck

MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

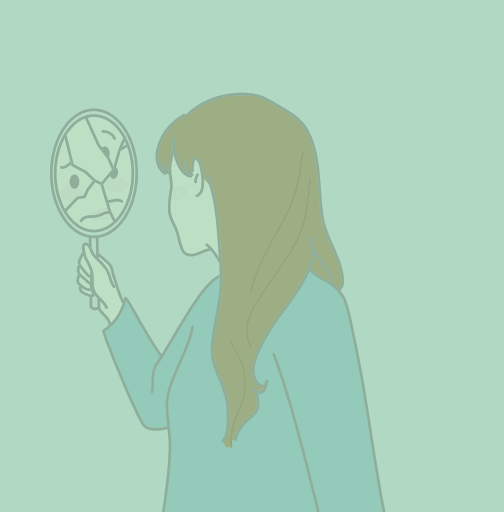
RÉVISÉ PAR CCPP

FORMATION CONTINUE

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET TRAVAIL

QUE PEUT FAIRE LE MÉDECIN DE FAMILLE ?

NADINE LARIVIÈRE ET MARC CORBIÈRE



Émilie, 32 ans, est en arrêt de travail depuis 9 mois. Suivie pour céphalées et trouble anxieux, son médecin remarque également des traits de personnalité limite. Elle se présente en retard à son rendez-vous et en colère contre l'assureur qui exige une date précise de retour au travail. Elle exprime le souhait de démissionner de son emploi, un geste qui s'inscrit dans un parcours professionnel déjà marqué par de multiples changements.

La gestion de la reprise professionnelle constitue un enjeu récurrent dans la pratique des médecins de famille[1]. Ce processus, souvent exigeant, pose des défis particuliers lorsque les personnes présentent des trajectoires professionnelles et des parcours personnels complexes.

PARCOURS PROFESSIONNELS SINUEUX DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Chez les personnes au profil similaire à celui d'Émilie, le travail occupe une place centrale. Il renforce l'estime de soi et la reconnaissance sociale, nourrit le sentiment de connexion et de contribution à la collectivité, et soutient la santé mentale[2,3]. Par ailleurs, il a été démontré qu'occuper un emploi peut favoriser une meilleure santé physique chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite (TPL)[4].

Pourtant, parce qu'il s'inscrit dans un environnement relationnel, le travail peut également réactiver des vulnérabilités émotionnelles (p. ex. faible tolérance à la frustration, anxiété face à la nouveauté), relationnelles (p. ex. peur du rejet, exigences élevées envers autrui et soi-même) et identitaires (p. ex. connaissance limitée de ses capacités ou de ses intérêts), lesquelles sont au cœur des troubles de la personnalité[5,6].

L'histoire professionnelle des personnes présentant un trouble de la personnalité est souvent ponctuée de conflits interpersonnels[6], de difficultés dans le travail en équipe[2,6,7], d'absentéisme élevé[2], d'emplois de courte durée[6,8], ainsi que de stratégies de gestion et d'exécution des tâches peu efficaces (p. ex. procrastination, autosabotage, perfectionnisme rigide)[2,6,7]. L'épuisement professionnel constitue également une conséquence documentée chez les personnes présentant un TPL[9] ainsi que chez celles présentant un trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive[7]. Par ailleurs, ces personnes courent un risque accru d'être étiquetées comme des « employés ou collègues difficiles »[8]. En somme, les personnes présentant un trouble de la personnalité peuvent porter un bagage d'expériences professionnelles négatives, éviter cette sphère de leur vie et par conséquent, éprouver une forte appréhension à l'idée d'un retour au travail[2,10].

Au cours des dernières années, le fonctionnement au travail des personnes présentant un TPL a fait l'objet d'une attention croissante. Plusieurs études montrent qu'une proportion importante de cette population rencontre des difficultés persistantes de fonctionnement au travail ou reçoit des pensions d'invalidité[11]. Les portraits brossés dans les études soulignent les forces, les défis et les besoins de cette clientèle, tels que synthétisés à la *figure*[2,3,8,12].

LES THÈMES ESSENTIELS À ABORDER PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Les personnes vivant avec un TPL présentent souvent une identité floue et une motivation fluctuante, ce qui les amène à exprimer des questionnements récurrents sur leur emploi et leur orientation professionnelle. Il est recommandé de les soutenir dans une démarche réflexive à visée motivationnelle afin de clarifier ce que représente le travail dans leur vie ainsi que ce qu'elles apprécient ou non dans leur emploi[10]. L'objectif

M^me^ Nadine Larivière, erg., Ph. D., est professeure titulaire à l'École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. M. Marc Corbière, c.o., Ph. D., est professeur titulaire au département d'éducation et pédagogie – counseling de carrière de l'UQAM, titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM.

FIGURE

ENJEUX INFLUENÇANT LE FONCTIONNEMENT AU TRAVAIL DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TPL[2,3,8,12]

FORCES

- Le travail constitue un objectif de vie important et soutient leur rétablissement
- Elles sont souvent perçues comme sociables, créatives, travaillantes et dotées de qualités de leadership
- En général, elles réussissent bien les entrevues d'embauche



DÉFIS

- Le surengagement au travail est fréquent
- Elles peuvent présenter des difficultés cognitives (p. ex. prise de décision, mémoire, fonctions exécutives, vitesse de traitement)
- Elles éprouvent des anticipations, des inquiétudes et des ruminations envahissantes
- Elles peuvent agir de façon impulsive
- Leurs routines de vie sont instables



BESOINS

- Si un arrêt de travail temporaire est nécessaire, en définir clairement la durée
- Favoriser la coordination et la collaboration entre les acteurs des différents systèmes (assurance, santé, entreprise) afin d'assurer une cohérence et de prévenir les divergences
- Structurer les responsabilités et les tâches et les expliquer clairement
- Bénéficier du soutien du supérieur immédiat, des collègues, des professionnels de la santé et de l'entourage



Figure des auteurs

de cet accompagnement est d'arrimer leurs préférences, leurs valeurs et leurs capacités à la nature de l'emploi et aux caractéristiques de l'environnement de travail, tant sur le plan physique que social. Cet arrimage favorise un retour durable au travail[10].

Les stratégies permettant de maintenir une charge mentale soutenable et un bon fonctionnement au travail constituent un autre enjeu à aborder[10,14]. Une attention particulière doit être portée à la tendance au surengagement, souvent associée à une structuration excessive de la vie autour du travail et à la négligence d'autres sphères de vie qui soutiennent la santé et le bien-être[12]. Le *tableau*[14] présente une boîte à outils regroupant diverses stratégies évoquées par des personnes présentant un TPL actuellement en emploi. Ces stratégies peuvent également s'avérer pertinentes pour les personnes présentant d'autres types de troubles de la personnalité, notamment ceux du groupe C (p. ex. évitante ou dépendante)[13].

Enfin, la question de la divulgation d'un diagnostic de santé mentale en milieu du travail demeure également un enjeu important. Elle est particulièrement sensible pour les personnes présentant un TPL, en raison de la stigmatisation dont elles peuvent faire l'objet de la part des employeurs ou des assureurs[8]. Il est recommandé d'aborder cette question avec la personne dans une démarche réflexive et collaborative afin de lui permettre de se positionner de manière éclairée quant aux différentes dimensions de la divulgation. Cette réflexion peut notamment porter sur les motifs de la divulgation (p. ex. sensibilisation des ressources humaines), le type d'information à communiquer (p. ex. besoins d'accommodement), le degré de détail à fournir (p. ex. mention de certaines difficultés fonctionnelles ou de symptômes ciblés), les interlocuteurs concernés (p. ex. supérieur immédiat, ressources humaines, syndicat), ainsi que le moment jugé opportun pour divulguer cette information (p. ex. lors de l'élaboration du plan de retour au travail)[15].

RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN DANS L'ENSEMBLE DU PROCESSUS, DE L'ABSENCE MALADIE AU RETOUR AU TRAVAIL

Le médecin de famille joue un rôle clé lorsqu'une patiente comme Émilie présente des problèmes de santé qui altèrent son fonctionnement au travail et sa vie personnelle. Il évalue l'état de santé, pose un diagnostic, traite les symptômes et officialise, au besoin, un congé de maladie. Il formule également des recommandations, produit des rapports d'évolution et transmet des informations à divers acteurs, tels que les assureurs, les services des ressources humaines et les coordonnateurs de retour au travail[1,16,17].

Il est ainsi attendu que les médecins de famille composent avec la rédaction de certificats médicaux en contexte de travail, tant pour déterminer la mise en arrêt de travail que la prolongation de celui-ci, ainsi que les conditions de reprise de l'emploi[1,16]. Cette responsabilité peut entraîner plusieurs dilemmes et susciter des sentiments d'ambivalence, d'impuissance, de frustration ou encore de sympathie[1]. Soulignons ici un dilemme auquel le médecin de famille pourrait faire face avec Émilie concernant le moment opportun de retour au travail. S'il est prématuré, le risque de baisse de rendement ou de rechute augmente ; s'il est retardé pour diverses raisons

TABLEAU

STRATÉGIES NOMMÉES PAR DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TPL POUR FAVORISER LEUR MAINTIEN EN EMPLOI[14]

Stratégies	Actions concrètes
Cultiver une attitude positive envers soi	▸▸ Reconnaître et valoriser les résultats obtenus ▸▸ Consigner les réussites quotidiennes ▸▸ Adopter un discours intérieur bienveillant ▸▸ Être à l'écoute de ses besoins et respecter ses limites
Collaborer et communiquer de manière respectueuse et constructive	▸▸ Tenir compte de la diversité des points de vue ▸▸ Privilégier l'écoute plutôt que la confrontation ▸▸ Demander de l'aide et du soutien auprès des collègues et du supérieur immédiat, au besoin ▸▸ Ajuster son niveau d'investissement et de dévoilement personnel dans les relations au travail
Utiliser des stratégies de planification et d'organisation du travail	▸▸ Prioriser les tâches selon l'énergie disponible, l'urgence, la complexité et les échéances ▸▸ Mettre en place des rappels structurés ▸▸ Consigner par écrit son processus de résolution de problèmes
Aménager un environnement de travail propice à la concentration	▸▸ Écouter de la musique ou un balado afin de limiter les distractions et favoriser la concentration ▸▸ Travailler, lorsque possible, dans un espace fermé et individuel ▸▸ Créer un environnement sensoriellement apaisant (p. ex. contrôle du bruit et de l'éclairage)
Recourir à des stratégies de régulation	▸▸ Pratiquer des techniques de respiration (p. ex. respiration au carré) ▸▸ Réaliser les tâches en pleine conscience ▸▸ Faire des exercices de relaxation musculaire
Articuler le travail et la vie quotidienne	▸▸ Maintenir des activités de loisir variées, agréables et favorables à la santé ▸▸ Adopter des routines stables, incluant des repas réguliers et une bonne hygiène de sommeil, et éviter la consommation de substances durant les semaines de travail

Tableau des auteurs

(p. ex. éviter la confrontation ou la négociation), les difficultés liées aux troubles de la personnalité peuvent se chroniciser[1]. De plus, Émilie présente des enjeux complexes qui dépassent son état de santé. Sa prise en charge exige davantage de suivi et occasionne des tâches administratives supplémentaires pour le médecin de famille, ce qui peut susciter de l'inconfort et entraîner une rupture d'empathie[1].

Chez les personnes présentant un trouble de la personnalité, l'évaluation de la gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles exige une compréhension fine des enjeux relationnels sous-jacents, tant au travail (p. ex. harcèlement) que dans la vie personnelle (p. ex. violence conjugale), de même que des attentes, des besoins et des représentations que la personne entretient à l'égard de son emploi et de son milieu de travail. Ces éléments peuvent parfois masquer ou révéler des conflits persistants, des déceptions professionnelles, des difficultés d'adaptation aux changements ou encore un épuisement lié à des stratégies de fuite ou de surengagement au travail[2,16]. Le médecin de famille peut s'appuyer sur des questionnaires validés portant sur ces dimensions, accessibles sur le site Internet de la Chaire de recherche en santé mentale et travail (*https://www.santementaletravail.ca/#apropos*).

La littérature met en évidence plusieurs responsabilités importantes du médecin de famille auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité au cours de l'absence maladie, du traitement et du rétablissement[17]. Il doit notamment :

- encourager son patient à cultiver son identité professionnelle ;
- discuter avec lui de l'influence de ses troubles sur sa perception de soi, parfois marquée par l'autostigmatisation ;

- favoriser son retour au travail en renforçant son sentiment d'efficacité personnelle à surmonter les obstacles identifiés avec lui ;
- privilégier des interventions de réadaptation multidisciplinaires axées sur des actions et des stratégies qui soutiennent son rétablissement ;
- communiquer avec les autres acteurs du retour au travail (p. ex. assureur, employeur, ergothérapeute) au sujet des limitations fonctionnelles et des aménagements recommandés pour répondre aux besoins exprimés.

L'évaluation des limitations fonctionnelles et l'établissement d'un plan de retour au travail impliquent plusieurs acteurs ; le médecin de famille est donc invité à orienter la personne vers d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Au Québec, par exemple, les ergothérapeutes en GMF, en CLSC, en pratique privée et en deuxième ligne offrent des interventions individuelles et de groupe visant la participation au travail de personnes présentant des difficultés relationnelles ou des traits de personnalité dysfonctionnels[13]. À titre illustratif, le programme québécois BIWI (*Borderline Intervention for Work Integration*) est une intervention prometteuse de 9 semaines, principalement offerte en groupe. Ce programme est actuellement dispensé par des ergothérapeutes et des conseillers en emploi, en collaboration avec des organismes en employabilité, auprès de personnes sans emploi présentant des traits ou un trouble de la personnalité limite[10]. Sur le plan clinique, cette intervention intègre diverses modalités expérientielles visant à développer la connaissance de soi dans la sphère professionnelle, la gestion de la charge mentale, les relations interpersonnelles au travail et l'équilibre de vie. Parallèlement, selon les préférences et les priorités de la personne, un projet professionnel et des milieux de travail potentiels sont définis. Un plan d'action personnalisé est ensuite élaboré[10].

Lors de la phase de retour au travail progressif, deux responsabilités principales incombent au médecin de famille[17]. D'une part, dans une perspective préventive, il s'agit de repérer avec le patient les situations interpersonnelles au travail susceptibles de déclencher une rechute (p. ex. réactions de colère intense ou comportements impulsifs envers les collègues). D'autre part, le médecin doit aussi réévaluer, en collaboration avec la personne, les stratégies d'adaptation et les aménagements mis en place, ainsi que leurs effets sur le rétablissement et la consolidation du retour au travail[17].

RETOUR SUR L'AMORCE

PARTIE I : INTÉGRATION DE PRINCIPES CLÉS AVEC ÉMILIE

Tout au long du processus de retour au travail, tel que le montrent les travaux de Corbière et de ses collaborateurs[17], le médecin de famille est invité à cultiver une relation thérapeutique stable et durable avec Émilie, malgré ses retards, ses absences possibles, sa difficulté à faire confiance et ses variations d'humeur. Des attentes claires en matière de suivi renforcent l'alliance thérapeutique. De même, une approche collaborative, qui tient compte des intérêts et des motivations d'Émilie dans les prises de décision, comme la date de retour au travail, apparaît préférable à une posture surprotectrice. Afin de soutenir un retour au travail dans des conditions favorables, le médecin doit examiner avec Émilie les obstacles actuels à ce retour, les éléments qui alimentent son désir récurrent de démissionner, ainsi que les solutions personnalisées susceptibles de réduire ses craintes. L'utilisation d'un questionnaire tel que l'ORTESES (Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter)[18] peut faciliter le repérage des obstacles perçus et consolider le sentiment d'efficacité personnelle d'Émilie. Cette démarche mobilise Émilie dans son processus de retour au travail, tout en lui permettant de se sentir écoutée et validée. Le soutien de l'entourage constitue un facteur déterminant. Par ailleurs, le médecin de famille est encouragé à explorer avec Émilie ses routines et ses habitudes de vie qui influencent son fonctionnement global au quotidien, sa santé et son bien-être. Enfin, le travail en équipe avec les autres acteurs du processus en contact avec Émilie (p. ex. l'assureur, les ressources humaines ou son supérieur immédiat) ainsi que la contribution d'autres professionnels de la santé à l'évaluation des limitations fonctionnelles et à la réadaptation favorisent un retour durable.

PARTIE II : RETOUR SUR LE SUIVI D'ÉMILIE

Vous prenez un moment pour discuter avec Émilie de ce qui déclenche sa colère. Elle vous révèle qu'elle appréhende de revoir ses collègues et qu'ils la jugent pour leur avoir laissé une surcharge de travail. Elle a aussi l'impression que l'agent d'assurance ne l'apprécie pas et se montre très sec avec elle. Elle a recommencé à consommer des boissons énergisantes, à sauter le dîner et à se coucher à des heures irrégulières. Elle ressent une grande fatigue.

Avec l'aide de l'ergothérapeute du CLSC, vous mettez en place une routine plus saine et plus stable, qu'elle intègre bien dans sa vie personnelle grâce à des rappels réguliers. À la suite d'une rencontre réunissant Émilie, vous-même, l'ergothérapeute, l'assureur et une agente des ressources humaines, vous convenez d'un retour au travail progressif. Un collègue mentor facilite sa reprise professionnelle. Elle prend bien ses pauses et réussit à terminer ses journées avec suffisamment d'énergie pour lire en soirée plutôt que de s'effondrer dans son lit. Elle se montre maintenant plus disposée à établir un équilibre entre ses exigences professionnelles et le respect de ses besoins.

CONCLUSION

Chez les personnes présentant un trouble de la personnalité, le rapport au travail est marqué par des défis et des besoins

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Le rapport au travail et le sens qui lui est accordé constituent des dimensions clés à intégrer à l'évaluation clinique des personnes présentant un trouble de la personnalité, notamment le TPL.
- Soutenir ces patients suppose de comprendre leurs enjeux, d'anticiper les difficultés susceptibles d'émerger et de favoriser leur mobilisation vers le rétablissement et le retour au travail.
- Le retour au travail gagne à être coordonné avec les autres acteurs afin d'assurer des interventions cohérentes et concertées et de réduire la stigmatisation.

particuliers. Bien que les données probantes portent surtout sur le TPL, les interventions visant la reprise professionnelle et la participation au travail des personnes présentant un trouble de la personnalité peuvent soutenir leur rétablissement personnel et social[3,10]. Le médecin de famille joue un rôle direct dans leur accompagnement lors d'un arrêt de travail : il évalue la situation professionnelle, soutient la réflexion entourant les obstacles, les facteurs facilitants et les stratégies, et oriente vers d'autres professionnels pour compléter l'intervention psychosociale. En établissant des liens avec les différentes parties prenantes tout au long du processus, le médecin de famille favorise une action concertée autour de balises communes, en vue d'un retour durable au travail. ▮

Date de réception : le 1er mars 2026
Date d'acceptation : le 16 mars 2026

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boileau-Falardeau F, Turcotte JR, Lafleur PA et coll. Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : illustration par des vignettes cliniques. *Santé Ment Qué*. 2019 ; 44 (2) : 219-37. DOI : 10.7202/1073530ar
2. Dahl K, Larivière N, Corbière M. Work participation of persons with borderline personality disorders: a multiple case study. *J Vocat Rehabil*. 2017 ; 46 : 377-88. DOI : 10.3233/JVR-170874
3. Grenyer BFS, Townsend ML, Lewis K et coll. To love and work: a longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Pers Ment Health*. 2022 ; 16 (2) : 138-54. DOI : 10.1002/pmh.1547
4. Cruitt PJ, Boudreaux MJ, Jackson JJ et coll. Borderline personality pathology and physical health: the role of employment. *Pers Disord*. 2018 ; 9 (1) : 73-80. DOI : 10.1037/per0000211
5. Hengartner MP, Müller M, Rodgers S, et coll. Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 ; 49 : 327-35. DOI : 10.1007/s00127-013-0739-2
6. Maass VS. *Personality Disorders: Elements, History, Examples, and Research*. 1st ed. New York : Bloomsbury Publishing ; 2019. 256 p.
7. Pinto A, Teller J, Wheaton MG. Obsessive-compulsive personality disorder: a review of symptomatology, impact on functioning, and treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022 ; 20 (4) : 389-96. DOI : 10.1176/appi.focus.20220058
8. Juurlink TT, Vukadin M, Stringer B et coll. Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: a qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS One*. 2019 ; 14 (7) : e 0220233. DOI : 10.1371/journal.pone.0220233
9. Bianchi R, Rolland JP, Salgado JF. Burnout, depression, and borderline personality: a 1,163-participant study. *Front Psychol*. 2018 ; 8 : 2336. DOI : 10.3389/fpsyg.2017.02336
10. Larivière N, Dahl K, Corbière M. Conception et modèle logique de l'intervention BIWI sur la réinsertion au travail de personnes avec un trouble de personnalité limite. *Santé Ment Qué*. 2022 ; 47 (2) : 197-220. DOI : 10.7202/1098901ar
11. Kramer U, De Panfilis C, Barkauskiene R et coll. Psychosocial functioning in personality disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2025 ; 12 (1) : 46. DOI : 10.1186/s40479-025-00326-y
12. Larivière N, Denis C, Payeur A et coll. Comparison of objective and subjective life balance between women with and without a personality disorder. *Psychiatr Q*. 2016 ; 87 (4) : 663-73. DOI : 10.1007/s11126-016-9417-3
13. Ordre des ergothérapeutes du Québec. *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent : vignette clinique - ergothérapeute*. Montréal (QC) : Ordre des ergothérapeutes du Québec ; 2019. 36 pages.
14. Larivière N, Corbière M, Robitaille-Beaumier EL et coll. What strategies do people with borderline personality disorder use to maintain their well-being and performance at work? *Borderline Pers Disord Emot Dysregul*. 2025 ; 12 (1) : 18. DOI : 10.1186/s40479-025-00293-4
15. Corbière M, Villotti P, Toth K et coll. La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*. 2014 ; 40 (2) : S91-S102. DOI : 10.1016/j.encep.2014.04.006
16. Boileau-Falardeau F, Turcotte JR, Corbière M. Gestion de l'invalidité au travail en raison d'un trouble mental courant : le point de vue des médecins de famille et des psychiatres quant à leur pratique. *Can J Community Ment Health*. 2023 ; 42 (3) : 113-41. DOI : 10.7870/cjcmh-2023-025
17. Corbière M, Mazaniello-Chézol MF, Bastien MF et coll. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 2020 ; 30 (3) : 381-419. DOI : 10.1007/s10926-019-09861-2
18. Corbière M, Negrini A, Durand MJ et coll. Development of the return-to-work obstacles and self-efficacy scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *J Occup Rehabil*. 2017 ; 27 (3) : 329-41. DOI : 10.1007/s10926-016-9661-2



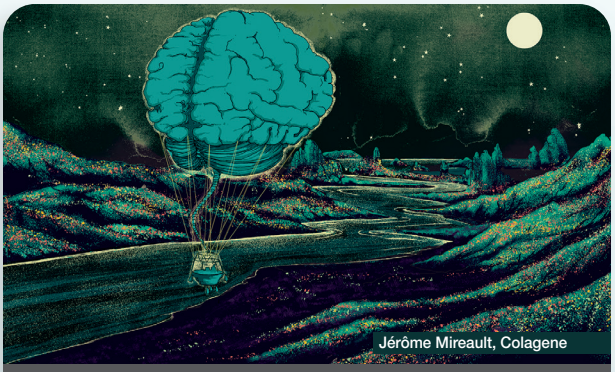
À VOS AGENDAS ! NE MANQUEZ PAS VOS RENDEZ-VOUS AVEC LA FORMATION EN ASSISTANT AUX CONGRÈS DE L'AUTOMNE 2026



LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Plongez au cœur des réalités stimulantes et humaines de la médecine hospitalière.

15 ET 16 OCTOBRE 2026
CENTRE DES CONGRÈS DE QUÉBEC



LA NEUROLOGIE

Symptômes, diagnostic, traitement : relevez le défi de la neurologie.

12 ET 13 NOVEMBRE 2026
CENTRE DES CONGRÈS DE QUÉBEC



LES SOINS DE LONGUE DURÉE

3 ET 4 DÉCEMBRE 2026
CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT !

NOMBRE DE PARTICIPANTS SUR PLACE LIMITÉ

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

ENTENDS-TU QUE JE SOUFFRE ?

DANIÈLE HOUDE
ET MÉLANIE LAN OANH TRUONG



En première ligne, on estime qu'une consultation sur 16 concerne une personne atteinte d'un trouble de la personnalité limite. Cette prévalence souligne la pertinence d'une prise en charge adaptée, fondée sur une relation thérapeutique solide. La détresse psychologique, la quête de soulagement rapide et l'intensité émotionnelle de ces patients peuvent susciter diverses réactions chez les médecins et nuire à la qualité globale des soins. En développant une meilleure compréhension des attitudes et des interventions appropriées, on peut se prémunir contre les jugements hâtifs et éviter les écueils relationnels.

Plusieurs interventions thérapeutiques peuvent être réalisées au quotidien par les médecins œuvrant auprès de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL). Le *tableau*[1-4] présente les stratégies thérapeutiques recommandées dans la littérature. Voici deux cas cliniques qui mettent en lumière ces outils thérapeutiques concrets, pouvant être mobilisés lors de l'offre de soins à cette patientèle. Les interventions illustrées sont indiquées dans le texte.

CAS N° 1
Dr ABDEL ET DEVON, 28 ANS

Le Dr Abdel est un omnipraticien en début de carrière. Il est 16 h. Il se trouve à son bureau pour préparer les dossiers de prise en charge du lendemain. Il consulte le dossier de Devon (iel), 28 ans, qui présente un syndrome du côlon irritable et une spondylarthrite ankylosante. Iel a déjà fait une tentative de suicide après une séparation. Une mention de TPL figure au dossier. Le Dr Abdel se remémore les cours d'habiletés communicationnelles suivis auprès d'une psychologue durant sa résidence et envisage d'appliquer ces compétences au contexte de la rencontre à venir et des suivantes.

Le lendemain, le Dr Abdel rencontre Devon. Le clinicien se présente :

Dr Abdel, *attitude souriante et posée.* – Bonjour Devon, je suis le docteur Abdel. Je serai votre médecin de famille. Ça me fait plaisir de vous rencontrer. Aujourd'hui, c'est une première rencontre pour faire le tour de vos antécédents et mettre à jour votre dossier médical. J'en profiterai aussi pour vous expliquer le fonctionnement de la clinique et de ses services. Est-ce que cela vous convient (***cadre prévisible – 10***)?

Devon, *paraît tendu et nerveux.* – Oui, oui… (*Parle rapidement.*) mais docteur, je veux aussi parler de ma peau : il y a une zone qui me démange depuis quelques semaines. Et j'ai aussi une douleur intermittente au genou quand je cours, depuis plusieurs années. On dirait que je consulte plein de médecins pour mon genou, et qu'aucun n'a jamais vraiment accordé d'importance à mes symptômes, me disant que ce n'était rien, que ce n'était « pas grave ». (*Légèrement irrité.*)

Dr Abdel, *s'adosse à sa chaise, se sent irrité par l'insistance de Devon, alors qu'il était calme et disposé au début.* – D'accord, je vois qu'il y a des sujets plus précis dont vous voulez discuter. Comme c'est important de faire le tour de votre état de santé et que ça peut prendre un certain temps, nous ne pourrons aborder qu'un seul problème aujourd'hui. De cette façon, on est sûrs de ne rien laisser de côté. Quel problème préférez-vous aborder en premier? Je vous propose de traiter l'autre au prochain rendez-vous (***collaboration – 6***). Je suis ouvert, dites-moi ce que vous préférez. Une chose est certaine : il faut s'entendre sur un point, je n'aurai malheureusement pas le temps d'examiner les deux aujourd'hui (***expliciter les limites – 1 et cadre prévisible – 10***).

Devon, *s'agite sur sa chaise.* – C'est que les deux me dérangent vraiment… et puis, c'est très difficile d'obtenir un rendez-vous

La Dre Danièle Houde est psychiatre au Centre hospitalier de Chicoutimi, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean.
La Dre Mélanie Lan Oanh Truong est médecin de famille au GMF Centre médical Mieux-Être Anjou à Montréal.

TABLEAU

INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES RECOMMANDÉES DANS LE SUIVI D'UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ[1-4]

1. Expliciter les limites professionnelles et personnelles	Distinguer ce qui est sous le contrôle du médecin et ce qui lui échappe.
2. Aborder la détresse émotionnelle aiguë	Prioriser cette étape avant toute autre discussion médicale.
3. Adopter une écoute active et empathique	Reconnaître et valider les émotions telles qu'elles sont vécues, sans jugement.
4. Maintenir une posture réflexive et prévisible	Éviter les réactions défensives ou punitives. Adopter une attitude constante et bienveillante, même en présence de comportements difficiles.
5. Valider l'autonomie et les efforts déployés	Encourager les initiatives, reconnaître les efforts, valoriser les compétences et les forces.
6. Viser la collaboration	Impliquer la personne dans la définition des objectifs de soins et la planification des rencontres. Favoriser une communication franche.
7. Rester attentif à l'hypersensibilité à la peur du rejet, de l'abandon et de l'invalidation	Éviter de susciter un sentiment de rejet ou d'abandon et l'aborder s'il survient. Être ponctuel, fiable et cohérent dans les suivis. Expliquer clairement les raisons. Éviter d'invalider l'expérience vécue du patient.
8. Faire preuve de proactivité dans la gestion des ruptures d'alliance	Repérer les causes des ruptures d'alliance et les aborder afin de rétablir la collaboration.
9. Mettre en lumière les liens entre les émotions et les événements	Aider la personne à établir des liens entre les événements, les émotions et les comportements, sans jugement.
10. Clarifier le cadre des suivis	Préciser le motif médical principal, la fréquence des rencontres et les attentes. Intégrer le vécu et les demandes sans rejeter d'emblée les plaintes.

Tableau de l'auteure Dre Danièle Houde

avec vous ! (*Est visiblement anxieux.*) Savez-vous combien de temps j'ai dû attendre avant d'avoir ce rendez-vous ? Vous êtes le premier médecin que je réussis à voir depuis des lustres, et vous me dites que vous n'avez pas le temps ! (*Est mécontent et déçu.*)

Dr Abdel, *ressent d'abord de l'exaspération, puis parvient à se contenir. Devon a visiblement vécu des expériences décevantes par le passé et est actuellement anxieux. Après quelques secondes de silence, il poursuit.* – Hum… je comprends tout à fait et je m'excuse de devoir nous limiter ainsi. Vous avez l'air déçu (***écoute active – 3 et posture réflexive – 4***).

Devon, *en soupirant.* – Ouin, un peu… Je pensais qu'on pourrait tout voir en même temps. J'attendais vraiment ce rendez-vous et là, encore une fois, j'ai l'impression qu'on ne m'écoute pas, comme si ce n'était pas important.

Dr Abdel, *tenté de répondre à la déception de Devon et de dire oui à toutes ses demandes pour apaiser la situation. Il se retient, se rappelant qu'il a un horaire chargé et qu'il risque de moins bien faire son travail s'il tente d'aborder plusieurs plaintes lors de ce rendez-vous. Il prend le temps de répondre de la façon la plus bienveillante possible malgré ses émotions.* – Ah, je vois. Je comprends mieux votre déception. Cela me désole sincèrement (***écoute active – 3***). Malheureusement, je ne peux pas aborder vos deux problèmes aujourd'hui tout en réalisant un examen complet et en remplissant un questionnaire médical, afin de ne pas omettre ce qui devrait être pris en charge rapidement. J'espère que vous me comprenez. Que diriez-vous qu'après le rendez-vous, nous vérifiions avec ma secrétaire mes prochaines disponibilités pour vous revoir (***peur du rejet et de l'invalidation – 7***) ?

Devon, *se détend.* – D'accord. Je comprends que vous ne pouvez pas tout faire aujourd'hui. (*Semble honteux de sa réaction précédente, se calme.*) C'est certain que j'avais des attentes. Parlons de ma peau, et on abordera mon problème de genou à un prochain rendez-vous.

Une fois l'agenda de l'entrevue convenu, le Dr Abdel poursuit sa rencontre médicale avec Devon.

CAS N° 2
Dre CÔTÉ ET MAY-LEE, 45 ANS

*La Dre Côté est de garde cette semaine à l'unité d'hospitalisation. Ce matin, elle revoit May-Lee, 45 ans, hospitalisée depuis une semaine pour une colique néphrétique. La patiente souffre également d'asthme, et un diagnostic de TPL figure à son dossier. L'unité déborde, et la Dre Côté subit des pressions pour donner congé à May-Lee. Toutefois, les infirmières lui mentionnent que May-Lee tousse, n'a pas dormi de la nuit et présente des signes vitaux inquiétants (désaturation et fièvre). La Dre Côté vient lui annoncer qu'elle doit annuler son congé, car elle soupçonne un début de pneumonie. May-Lee se met alors à pleurer à chaudes larmes. La Dre Côté décide de prendre quelques minutes de plus avec elle afin de lui permettre de retrouver son calme et de comprendre les raisons de sa réaction. Elle s'assoit à son chevet (**aborder la détresse – 2**).*

May-Lee, *les larmes aux yeux.* – Docteure, je suis vraiment tannée. Je l'avais dit aux infirmières : je sentais que ma toux n'était pas comme d'habitude depuis 2 jours, mais personne ne me croyait. On me disait que j'avais « juste » à traiter mon asthme comme tout le monde. J'ai entendu les infirmières dire que je voulais juste attirer l'attention. (*May-Lee vit un grand sentiment d'injustice et pleure abondamment ; la Dre Côté perçoit ce sentiment d'injustice.*)

Dre Côté. – Vous ne vous êtes pas sentie crue, et ça vous fait réagir beaucoup… Est-ce qu'il y a autre chose derrière tout ça ?

May-Lee. – Je me sens tellement seule ici… je suis malade, et mon chum ne se force même pas pour venir me voir ! En plus, les infirmières parlent dans mon dos en disant que j'en demande trop ! Quand j'ai mal et que je demande des analgésiques, elles arrivent en roulant des yeux. Je les ai entendues dire, dans le corridor, qu'elles pensent que je suis dépendante au Dilaudid et que j'exagère ma douleur… Ça ne me tente pas du tout de rester ici ! (*Pleure de colère.*)

Dre Côté, *perplexe, veut démontrer qu'elle comprend et valide les émotions tout en rétablissant la confiance de May-Lee afin qu'elle accepte de rester. Surtout, elle veut éviter une décision impulsive. Malgré sa bienveillance, elle se sent pressée par les autres patients à voir.* – May-Lee, ça m'attriste vraiment de voir ce que vous vivez. D'abord, je suis vraiment désolée d'apprendre qu'on a pu penser que vous étiez dépendante aux narcotiques. La douleur est réelle, je n'en doute pas une seconde. Vous n'auriez pas dû avoir à justifier de prendre des antidouleurs quand vous en aviez besoin (***écoute active – 3***). C'est important que vous soyez bien soulagée. Depuis le début de la semaine, on voit que vous faites tout votre possible pour aller mieux et vous rétablir (***valider l'autonomie – 5***).

May-Lee. – Ouin… mais c'est tellement difficile de vivre tout ça en même temps qu'on souffre ! J'ai vraiment l'impression d'être traitée comme ça parce que, paraît-il, c'est inscrit dans mon dossier que j'ai un diagnostic de TPL. J'ai appris ça hier ! Sérieux, qui a écrit ça ? (*Elle ressent beaucoup de colère à ce moment envers la Dre Côté ; elle se sent trahie et lui reproche un manque de transparence.*) Comment voulez-vous que je vous fasse confiance, ou que je fasse confiance au personnel ici ? J'ai juste envie de partir, peu importe si j'ai une pneumonie. Je n'ai même plus envie de me faire traiter. De toute manière, mon chum a l'air de se foutre de moi aussi, je serais pratiquement mieux morte…

Dre Côté, *hésite, cherche ses mots. Elle a l'impression de marcher sur des œufs. D'un côté, elle ressent de l'exaspération envers May-Lee, trouvant sa réaction exagérée. Elle s'efforce de contenir ses émotions et de retrouver son calme, consciente de la souffrance de May-Lee.* – Hum… Je dois vous avouer que je trouve la situation vraiment dommage. En toute transparence, c'est moi qui ai inscrit le diagnostic de TPL dans votre note d'admission… En fait, on reprend souvent les diagnostics déjà présents au dossier sans les remettre en question, et le TPL y figurait (***peur du rejet et de l'invalidation – 7***). (*Se sent mal à l'aise.*) Mais, pendant qu'on est sur le sujet, éclairez-moi : est-ce que ça vous a déjà été dit, par le passé, que vous aviez un TPL ? Qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que ça vous semble correspondre à ce que vous vivez (***posture réflexive – 4***) ?

May-Lee. – On me l'a déjà diagnostiqué, mais j'étais plus jeune. Dans ce temps-là, j'étais vraiment intense ! (*Rit, un peu gênée.*) Mais là, je me suis calmée, et mon psychiatre m'a dit que je ne remplissais plus les critères du TPL, seulement que j'avais certains traits. (*Regarde la Dre Côté dans les yeux.*) J'ai vraiment travaillé fort sur moi. Vous comprenez donc que je suis vraiment blessée en ce moment, j'ai l'impression que mon diagnostic de TPL m'a causé un préjudice. Je ne veux plus rester ici, je ne fais plus confiance à personne. (*Insiste sur le dernier mot.*) Je voudrais signer un refus de traitement.

Dre Côté, *prend une profonde respiration, se sent tendue dans les épaules, un peu impuissante, cherche les bons mots.* – May-Lee, malgré tout ce qui s'est passé, et c'est vraiment regrettable, je prends une part de responsabilité dans ce qui vous arrive. Sachez que je ne voulais vraiment pas mal faire. (*Avec une humilité sincère.*) Je vais m'assurer de mentionner à l'équipe que, peu importe s'il y a un diagnostic de TPL ou pas, vous devez

ENCADRÉ

RESSOURCES POUR SOUTENIR LA RELATION THÉRAPEUTIQUE AVEC UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

- *Guide de soins à l'intention des cliniciens.nes œuvrant en première ligne.* Site Internet : https://bit.ly/guide-de-soins.
- Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité. Site Internet : www.personnalite.ca.
- Centre for Addiction and Mental Health. *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals.* Montréal : CAMH ; 2013. 56 pages.

recevoir de bons soins (***posture réflexive – 4***). Concernant le diagnostic, je vais demander les notes de votre psychiatre pour m'assurer que votre dossier est à jour ici. Cela dit, je me fais un réel souci pour vous, et je pense que votre pneumonie doit être traitée à l'hôpital. Je souhaite vraiment que vous acceptiez de rester (***gestion des ruptures d'alliance – 8***). J'ai l'impression qu'en ce moment, vous avez envie de partir de façon impulsive, en réaction à ce que vous venez de vivre, et que votre état pourrait se détériorer à l'extérieur de l'hôpital (***liens émotions/événements – 9***). Est-ce qu'il y a quelque chose que je pourrais faire pour faciliter votre séjour ici et vous convaincre de rester (***collaboration – 6***)?

May-Lee, *plus calme, s'essuie les yeux, bredouille.* – C'est certain que je n'ai pas vraiment envie de retourner chez moi si je suis encore malade… mais le manque d'honnêteté et l'impression d'être jugée, ça ne me tente vraiment pas. (*Se remet à pleurer, prend un moment de pause, regarde la Dre Côté.*) Je veux être vraiment au courant de ce qu'il y a dans mon dossier et de ce qu'on me prescrit. Et puis, je ne veux plus me sentir comme si j'étais trop demandante ou embarrassante. Je fais vraiment de mon mieux.

POUR EN SAVOIR PLUS…

- Patel D, Konstantinidou H. Prescribing in personality disorder: patients' perspectives on their encounters with GPs and psychiatrists. *Fam Med Community Health.* 2020 ; 8 (4). DOI : 10.1136/fmch-2020-000458
- Wehbe-Alamah H, Wolgamott S. Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014 ; 26 (6) : 292-300. DOI : 10.1002/2327-6924.12131
- Wu T, Hu J, et coll. Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Front Med.* 2022 ; 9 : 1024022. DOI : 10.3389/fmed.2022.1024022

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Il est essentiel d'amener les personnes présentant un TPL à être au centre de la prise de décision.
- En tout temps, validez leurs émotions et adoptez une approche bienveillante, dénuée de jugement.
- Cette patientèle a besoin de prévisibilité et de stabilité. Il est donc nécessaire d'établir un cadre de soins clair, collaboratif, constant et partagé.

Dre Côté, *semble soulagée, se détend, mais regrette d'avoir pris autant de temps pour un « retour » alors qu'elle a beaucoup de patients à voir ce matin, se rappelle que c'était la bonne chose à faire.* – May-Lee, je vais tâcher d'être plus transparente avec vous (***écoute active – 3***). Lorsqu'un collègue prendra le relais de vos soins, je lui mentionnerai d'y porter attention. Si vous me permettez, je vais aussi parler à l'équipe pour qu'on fasse attention de ne pas stigmatiser ou négliger des patients, qu'il y ait ou non un diagnostic de TPL (***expliciter les limites – 1***). Vous ne devriez plus avoir à vivre ça (***posture réflexive – 4***). Voulez-vous essayer de rester encore quelques jours ? Et vous recevrez votre congé dès que votre état le permettra.

May-Lee. – D'accord, c'est bon. Je m'excuse d'avoir réagi fortement… j'étais envahie par les émotions. Mais là, ça va mieux. Merci, docteure Côté.

CONCLUSION

Une relation thérapeutique constructive est possible et à la portée de tout médecin de famille auprès de la patientèle vivant avec un TPL. En appliquant les interventions thérapeutiques présentées dans cet article, on peut améliorer les soins offerts à ces personnes et proposer aux médecins une approche plus simple et plus concrète. ▮

Date de réception : le 1er mars 2026
Date d'acceptation : le 16 mars 2026

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Choi-Kain LW, Gunderson JG. *Application of good psychiatric management for borderline personality disorder, a practical guide.* American Psychiatric Association ; 2019. 410 pages.
2. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am.* 2014 ; 98 (5) : 1049-64. DOI : 10.1016/j.mcna.2014.06.005
3. Gunderson JG. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder.* American Psychiatric Association ; 2014. 180 pages.
4. Linehan MM. *Manuel d'entraînement aux compétences TCD.* 2e éd. Chêne-Bourg (Suisse) : Médecine et Hygiène ; 2017. 574 pages.

FORMATION CONTINUE

DIAGNOSTIC SANS DÉTOUR

REPÉRER ET DISCUTER DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

JÉRÉMIE BECK ET CLAUDIA SAVARD



Les troubles de la personnalité sont fréquents en première ligne, mais leur évaluation et l'annonce du diagnostic demeurent des sources d'inconfort pour plusieurs cliniciens. Voici quelques repères pratiques pour orienter les premières interventions afin de mieux reconnaître ces troubles et communiquer efficacement avec ces patients en médecine familiale.

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

La personnalité correspond à l'ensemble des caractéristiques relativement stables qui distinguent les personnes les unes des autres et influencent leur manière de penser, de ressentir, d'agir et d'entrer en relation avec autrui. Le développement de la personnalité est un processus complexe, façonné par l'interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux. La personnalité peut néanmoins continuer d'évoluer tout au long de la vie[1]. Certaines personnes présentent des vulnérabilités biologiques, telles qu'un tempérament sensible ou impulsif. D'autres ont été exposées à des expériences développementales et relationnelles délétères, telles que la violence, la négligence ou les abus, sans pouvoir bénéficier d'un soutien mentalisant adéquat de la part de leurs proches (parents, partenaires, etc.). Dans bien des cas, les vulnérabilités biologiques et les facteurs environnementaux adverses se conjuguent et interagissent, ce qui augmente le risque d'apparition de traits de personnalité inadaptés ou d'un trouble de la personnalité (TP). Ces manifestations surviennent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5-TR[2]), le TP correspond à une modalité persistante de l'expérience vécue et des conduites qui touche au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, les relations interpersonnelles et le contrôle des pulsions. Les critères généraux exigent des tendances stables dans le temps, associées à une souffrance cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement dans plusieurs sphères de vie. Il importe donc de distinguer les symptômes psychologiques transitoires liés à des facteurs précipitants – comme une rupture amoureuse, des stresseurs professionnels ou un deuil – des traits de personnalité durables, observables sur plusieurs années et reflétant des dynamiques relationnelles plus profondes.

COMMENT DIFFÉRENCIER LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ DES AUTRES DIAGNOSTICS FRÉQUENTS EN PSYCHIATRIE ?

Le TP est une affection hétérogène dont les symptômes chevauchent souvent ceux de divers troubles mentaux, ce qui complexifie le diagnostic et la prise en charge. Il est important de distinguer le TP des troubles présentant des manifestations similaires, tout en reconnaissant la présence de comorbidités lorsqu'elles existent, même si la distinction demeure parfois difficile. Le TP se comprend principalement comme un trouble relationnel, tant avec soi-même qu'avec autrui. Les conflits interpersonnels, réels ou anticipés, déclenchent souvent des manifestations anxieuses ou dépressives, des réactivations traumatiques ou des comportements de consommation. Dans le TP limite par exemple, l'anxiété est davantage liée à une peur chronique de l'abandon, à une estime de soi fragilisée par les critiques ou à des dynamiques de dépendance affective qu'à des préoccupations catastrophiques diffuses, comme c'est le cas dans le trouble d'anxiété généralisée. De même, les symptômes dépressifs découlent fréquemment d'une instabilité émotionnelle, de difficultés interpersonnelles persistantes ou d'une estime de soi vulnérable, plutôt que d'épisodes dépressifs clairement circonscrits dans le temps[3]. L'identité fluctuante, l'impulsivité et les comportements suicidaires ou d'automutilation, en l'absence de réactions de peur à des stimuli traumatiques spécifiques, distinguent le TP du trouble de stress post-traumatique[4]. Enfin, les variations de l'humeur dans les TP sont brèves et réactives, contrairement à celles du trouble bipolaire, qui persistent sur plusieurs jours et s'accompagnent de changements comportementaux marqués.

Le Dr Jérémie Beck est médecin résident de quatrième année en psychiatrie et termine une maîtrise en épidémiologie clinique à l'Université Laval. Mme Claudia Savard est psychologue, neuropsychologue et professeure titulaire à l'Université Laval. Elle est chercheuse au Centre de recherche CERVO et au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles.

En présence de troubles comorbides, il est important de traiter simultanément les enjeux liés à la personnalité, sans quoi l'efficacité des traitements reconnus pour soigner un trouble mental risque d'être compromise. Cependant, en pratique, il devient pertinent de prendre du recul et de reconsidérer le diagnostic différentiel de TP lorsqu'il y a persistance et répétition des symptômes autour des mêmes enjeux relationnels, et ce, malgré des traitements appropriés.

QU'EST-CE QUE LE MODÈLE ALTERNATIF POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU DSM-5 ?

Bien que le DSM-5-TR distingue dix catégories diagnostiques – dont le TP limite est le plus fréquent – les difficultés associées s'inscrivent souvent sur un continuum de dysfonctionnement et de traits, ce qui invite à une compréhension plus nuancée et individualisée du fonctionnement de chaque patient. Les nombreuses critiques formulées à l'égard de la classification actuelle des TP ont conduit à l'élaboration d'une conceptualisation dimensionnelle visant à améliorer la compréhension clinique, à faciliter le dialogue avec le patient et ses proches ainsi qu'à soutenir la planification thérapeutique[5] : le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP[2]).

Cette conceptualisation repose sur deux critères principaux qui permettent de poser le diagnostic. Le critère A porte sur la gravité du dysfonctionnement de la sphère du Soi (identité et autodétermination) et de la sphère interpersonnelle (empathie et intimité). Pour retenir un diagnostic de TP, une atteinte modérée d'au moins deux de ces quatre éléments doit être présente. Le critère B vise à repérer au moins une des 25 facettes pathologiques de la personnalité. Ces facettes sont regroupées en cinq grands domaines (Affectivité négative, Détachement, Antagonisme, Désinhibition et Psychoticisme), qui s'apparentent au modèle des *Big Five*. Il est également possible de caractériser six des dix TP du modèle catégoriel ou de poser un diagnostic de TP spécifié par les traits lorsque les critères généraux sont remplis et que certaines facettes sont fortement exprimées (voir la définition détaillée[6]).

Le MATP a fait l'objet de nombreuses publications dans la communauté scientifique qui appuient sa validité et son utilité clinique[5]. L'un de ses principaux apports est de préciser les éléments du dysfonctionnement de la personnalité (critère A).

COMMENT ÉVALUER LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ?

La meilleure manière d'explorer la personnalité du patient repose sur la façon dont il décrit ses expériences, ses relations et son fonctionnement au fil du temps, ainsi que sur une compréhension de son histoire longitudinale. En abordant directement ces aspects, le clinicien recueille des éléments essentiels à l'évaluation clinique. Il compare sa perception à celle du patient et manifeste un réel intérêt à le connaître et à comprendre son vécu, ce qui favorise l'alliance thérapeutique.

Une évaluation structurée de l'histoire de vie permet de repérer des critères diagnostiques, mais aussi de recueillir des exemples concrets pouvant être repris lors de la communication du diagnostic. Il convient donc d'explorer différentes périodes clés : la petite enfance (type d'enfant, dynamique familiale, événements marquants), l'entrée à l'école (amitiés, difficultés scolaires, vécu d'intimidation), l'histoire des relations amoureuses (présence de formes de dépendance affective, d'un style relationnel récurrent, d'abus et/ou de violence commis ou subis), ainsi que les expériences scolaires et professionnelles (interactions avec des figures d'autorité ou des collègues, changements répétés de programme d'études ou d'emploi, arrêts de travail fréquents).

Au-delà de la démarche diagnostique, cet exercice permet également de comprendre la temporalité des symptômes anxio-dépressifs lorsqu'ils sont présents, ainsi que leurs liens avec le fonctionnement personnel et relationnel. L'évaluation contribue également à vérifier la stabilité des difficultés dans le temps et à mieux cerner les éléments dysfonctionnels majeurs ainsi que les traits pathologiques prédominants.

DOIT-ON COMMUNIQUER UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

Une fois l'évaluation terminée et le diagnostic clarifié, la question de sa communication au patient se pose. Certains cliniciens redoutent des réactions intenses, voire des passages à l'acte chez des patients déjà enclins à l'automutilation ou au suicide. Les sentiments de peur et d'impuissance face à des patients perçus comme difficiles ou exigeants[7] peuvent aussi accentuer la réticence à aborder le diagnostic et ses implications[7]. Cependant, les incertitudes quant à la validité du diagnostic et la crainte d'alimenter la stigmatisation – particulièrement marquée pour les TP – constituent les principaux obstacles à sa communication[7]. Ces préoccupations font en sorte que seulement 9 % des cliniciens communiquent un diagnostic de TP. Ils préfèrent souvent mettre l'accent sur des troubles concomitants jugés moins stigmatisants[8].

Or, la stratégie de non-communication du diagnostic tend paradoxalement à renforcer la stigmatisation[9]. Lester et coll.[10] montrent en effet que le manque d'information, la réticence des professionnels à nommer le diagnostic et la rétention même du diagnostic génèrent des émotions négatives chez les patients et accentuent leur sentiment d'être stigmatisés ou rejetés. De plus, compte tenu de l'accessibilité de l'information en ligne, les patients peuvent inférer leur diagnostic, ce qui fragilise la relation thérapeutique et alimente la méfiance[7]. Il est donc essentiel de communiquer clairement le diagnostic et de fournir une éducation psychologique adaptée.

QUELS SONT LES AVANTAGES À L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

Une explication claire du diagnostic et des options thérapeutiques constitue en soi une première intervention d'éducation psychologique, qui aide le patient à prendre des décisions

éclairées[11]. La communication du diagnostic renforce l'autonomie et le pouvoir d'agir du patient, son engagement dans le traitement ainsi que sa capacité à donner du sens à son expérience. Elle contribue également à l'accès à des services appropriés et efficaces. Le fait de communiquer le diagnostic de façon ouverte et transparente favorise une compréhension partagée des difficultés, l'adoption d'un langage commun pour aborder les symptômes et le renforcement de la relation thérapeutique. Enfin, apprendre que sa détresse correspond à un trouble reconnu, pour lequel des traitements efficaces existent, peut apporter un soulagement, raviver l'espoir et constituer un vecteur de changement[12]. Ainsi, bien que les appréhensions des cliniciens soient compréhensibles, les données indiquent qu'une communication réfléchie du diagnostic, menée avec tact et sensibilité, comporte de nombreux avantages, notamment une meilleure compréhension du vécu du patient et un accès facilité à des soins adaptés.

COMMENT ANNONCER UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

La communication d'un diagnostic de TP devrait se faire à un rythme adapté au patient, au moyen de phrases courtes et de pauses favorisant l'intégration de l'information. Des demandes de reformulation fréquentes permettent de vérifier la compréhension et facilitent la rétention du message. Le diagnostic doit être nommé clairement et expliqué en termes simples. Il faut ensuite préciser pourquoi et comment il correspond à la situation du patient[7]. La reprise des mots du patient et d'exemples tirés de son histoire de vie aide à illustrer concrètement les critères diagnostiques.

Lorsque l'annonce du diagnostic est bien préparée, elle devrait suivre l'évaluation dans un délai raisonnable et se poursuivre au fil de plusieurs rencontres, accompagnée d'une éducation psychologique continue. Le partage d'une formulation de cas avec le patient, qui relie les expériences passées aux symptômes actuels à partir des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants, constitue une approche globale qui suscite la curiosité du patient et favorise sa participation à la démarche thérapeutique. Les lignes directrices recommandent également une approche centrée sur la personne, qui met en valeur ses forces et sa résilience, soutient son pouvoir d'agir et encourage son engagement[10,11]. Les symptômes sont alors compris à la lumière du vécu de la personne plutôt qu'à travers les stéréotypes associés au diagnostic, et la psychothérapie devient un levier de changement[1,7].

QUELLE EST L'ATTITUDE À PRIVILÉGIER LORS DE L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

La manière dont le diagnostic est communiqué (ton employé, attitude générale du clinicien) peut influencer la perception que les patients ont d'eux-mêmes, du diagnostic et de sa validité, ainsi que l'espoir qu'ils entretiennent face à l'avenir[10,13]. L'annonce d'un diagnostic de TP devrait se faire de manière ouverte et transparente et reposer sur une communication empathique dans laquelle le clinicien est prêt à accompagner le patient à travers ses émotions. Une attitude attentive, validante, cohérente, collaborative et non jugeante lors de l'annonce du diagnostic favorise une expérience plus positive pour le patient[10,14]. Cette démarche implique de valider les difficultés liées à la stigmatisation entourant le diagnostic, tout en suscitant l'espoir quant aux possibilités de rétablissement grâce aux traitements accessibles et à l'évolution naturellement favorable observée au fil du temps[1]. En effet, les patients qui perçoivent leur personnalité comme immuable tendent à rapporter un bien-être moindre, tandis que ceux qui croient à la possibilité de changement s'investissent davantage dans leur traitement[14].

TABLEAU I

ASTUCES TECHNIQUES POUR LA COMMUNICATION D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ[7,10]

- Prévoir suffisamment de temps pour expliquer les symptômes et les manifestations du trouble et, si possible, répartir ces explications sur plusieurs rencontres
- Adopter une attitude accueillante et bienveillante
- Explorer la perception initiale du patient à l'égard de ses difficultés
- Utiliser les termes appropriés et éviter les formulations vagues
- Privilégier des phrases courtes, entrecoupées de moments de silence
- Vérifier régulièrement la compréhension du patient
- Recourir à des exemples tirés de l'histoire de vie du patient
- Impliquer les proches, lorsque possible

Tableau des auteurs

Bien qu'il n'existe pas de recette universelle pour l'annonce d'un diagnostic de TP, certains auteurs ont proposé des cadres structurés pour soutenir les cliniciens, notamment le protocole SPwICES pour l'annonce de mauvaises nouvelles[13] et l'approche PERSON, spécifiquement adaptée à la communication d'un diagnostic de TP[7]. Le *tableau I*[7,10] présente quelques repères pratiques pour l'annonce d'un diagnostic de TP. Bien que ces outils puissent faciliter la démarche pour le clinicien, l'expérience acquise au fil des discussions diagnostiques et une préparation adéquate en amont demeurent les facteurs les plus susceptibles de favoriser une expérience positive, tant pour le patient que pour le professionnel de la santé.

COMMENT MIEUX COMMUNIQUER UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET SURMONTER LES OBSTACLES ?

Afin de bien communiquer un diagnostic de TP, le clinicien doit posséder une bonne compréhension des TP, des traitements

TABLEAU II

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITES INTERNET SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Livres

- Desrosiers J, Briand C, Dubé M et coll. *Mieux vivre avec le trouble de la personnalité limite*. Montréal : Éditions Trécarré ; 2019. 176 pages.
- D'Auteuil S, Lafond C. *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*. Paris : Éditions Bayard ; 2010. 152 pages.
- Desseilles M, Grosjean B, Perroud N. *Le manuel du borderline*. Paris : Éditions Eyrolles ; 2014. 251 pages.
- Page D. *Borderline : retrouver son équilibre*. Paris : Éditions Odile Jacob ; 2006. 224 pages.

Sites Internet

- Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité (www.personnalite.ca)
- Fondation Sashbear (www.sashbear.org)

Pour les professionnels

- Gunderson JG, Links PS. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington (DC) : American Psychiatric Association Publishing ; 2014. 180 pages.
- Bach B, Hopwood CJ, Simonsen E et coll. *Practitioner's guide to the alternative model for personality disorders*. New York (NY) : Guilford Press ; 2025. 302 pages.

Tableau des auteurs

associés et des ressources disponibles. Cette maîtrise est essentielle étant donné la place centrale qu'occupe l'éducation psychologique dans cette démarche. D'ailleurs, le MATP fournit un cadre utile pour décrire les difficultés du patient de façon claire, nuancée et individualisée, à partir d'éléments cliniques observables. Le manque de temps pour expliquer les symptômes et les manifestations du trouble demeure un obstacle important. Or, lorsque les explications sont insuffisantes, certains patients peuvent percevoir le diagnostic comme peu utile. Pourtant, lorsque le clinicien prend le temps de présenter clairement les manifestations du trouble et leurs répercussions, la communication du diagnostic favorise la motivation et l'optimisme à l'égard du traitement, tout en consolidant l'alliance thérapeutique[9].

L'exploration, dès l'évaluation initiale, des premières impressions du patient à l'égard de ses difficultés et de leur origine est encouragée. Cette démarche permet de mieux comprendre sa perception de ses difficultés, son degré d'autocritique et les résistances susceptibles d'émerger. Alors que certains patients sont en mesure de reconnaître des difficultés relationnelles ou de régulation émotionnelle, d'autres peuvent consulter avec des attentes précises d'obtenir un diagnostic différent, comme un trouble déficitaire de l'attention, par exemple. Ces attentes peuvent complexifier l'annonce du diagnostic et gagneront à être abordées explicitement dès le départ. Chez les patients convaincus de souffrir d'un trouble particulier, certains experts suggèrent de préparer la discussion par une phrase introductive qui reconnaît cette attente et ouvre le dialogue, telle que « Je crains que mon évaluation clinique n'aille pas dans le sens de votre propre impression[7] ».

Puisque les explications médicales peuvent être difficiles à recevoir pour les patients, les lignes directrices de pratique clinique recommandent d'impliquer les proches dans la démarche et de leur fournir, à eux aussi, de l'information sur le TP, sur les options de traitement et, surtout, les moyens de soutenir le patient[10]. Leur présence peut améliorer la compréhension du diagnostic par le patient, favoriser son adhésion aux soins et lui offrir un soutien social précieux lors des périodes plus difficiles[15].

Enfin, comme dans toute communication d'un diagnostic, les patients retiennent souvent peu d'informations, particulièrement lorsque celles-ci sont chargées sur le plan émotionnel. Il est donc recommandé de fournir en complément des supports écrits ou des ressources fiables (dépliants, livres, sites Internet) afin que le patient et ses proches puissent s'y référer à leur rythme (*tableau II*).

CONCLUSION

L'évaluation d'un TP peut paraître exigeante et complexe et se prête rarement à une entrevue rapide. Néanmoins, cette démarche constitue une étape fondamentale, puisqu'elle permet d'établir les bases d'une alliance thérapeutique et de recueillir l'information nécessaire à une communication éclairée du diagnostic. Il importe de garder à l'esprit que, dans la pratique, l'annonce d'un diagnostic de TP constitue en elle-même une intervention thérapeutique lorsqu'elle est claire, empathique et porteuse d'espoir. ▮

Date de réception : le 1er mars 2026
Date d'acceptation : le 15 mars 2026

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roberts BW, Luo J, Briley DA et coll. A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychol Bull* 2017 ; 143 (2) : 117-41. DOI : 10.1037/bul0000088
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text revised. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022. DOI : 10.1176/appi.books.9780890425787
3. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N et coll. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 ; 23 (1) : 4-25. DOI : 10.1002/wps.21156

4. Garland J, Miller S. Borderline personality disorder: part 1 – assessment and diagnosis. *BJPsych Advances*. 2020 ; 26 (3) : 159-72. DOI : 10.1192/bja.2019.76

5. Sharp C, Clark LA, Balzen KM et coll. The validity, reliability and clinical utility of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (AMPD) according to DSM-5 revision criteria. *World Psychiatry*. 2025 ; 24 (3) : 319-40. DOI : 10.1002/wps.21339

6. Gamache D, Le Corff Y, Savard C. Du catégoriel au dimensionnel : description et illustration clinique pour favoriser une transition harmonieuse dans la conceptualisation des troubles de la personnalité. *Ann Méd Psychol (Paris)*. 2025 ; 183 (7) : 696-702. DOI : 10.1016/j.amp.2025.04.009

7. Veilleux JC, Middlebrooks M, Schreiber RE. How to communicate a personality disorder diagnosis: the PERSON approach. *Pract Innov*. 2024 ; 10 (3) : 221-236. DOI: 10.1037/pri0000269

8. Sulzer SH. Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Soc Sci Med*. 2015 ; 142 : 82-9. DOI : 10.1016/j.socscimed.2015.08.008

9. Ng FYY, Townsend ML, Miller CE et coll. The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019 ; 6 : 10. DOI : 10.1186/s40479-019-0107-2

10. Lester R, Prescott L, McCormack M et coll. Service users' experiences of receiving a diagnosis of borderline personality disorder: a systematic review. *J Ment Health*. 2020 ; 29 (2) : 162-172. DOI : 10.1002/pmh.1478

11. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. 2e éd. Washington (DC) : American Psychiatric Association ; 2024. 90 pages. DOI : 10.1176/appi.ajp.24181010

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Une approche dimensionnelle des troubles de la personnalité favorise un dialogue collaboratif entre le patient et le clinicien.
- La stratégie de non-communication du diagnostic tend paradoxalement à renforcer la stigmatisation plutôt qu'à la réduire.
- La communication claire et empathique d'un diagnostic, porteuse d'un message d'espoir, constitue en elle-même une intervention thérapeutique.

12. Commonwealth of Australia. *National framework for recovery oriented mental health services: guide for practitioners and providers*. Canberra : Commonwealth of Australia ; 2013. 96 pages.

13. Meitar D, Karnieli-Miller O. Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S—A revised version of the SPIKES protocol. *Med Teach*. 2022 ; 44 (10) : 1087-91. DOI : 10.1080/0142159X.2021.1928618

14. Veilleux JC, Clift JB, Schreiber RE et coll. What goals do people have for who they want to be emotionally? Exploring long-term emotional goals. *Emotion*. 2025 ; 25 (4) : 869-83. DOI : 10.1037/emo0001453

15. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM et coll. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2024 ; 181 (11) : 1024-8. DOI : 10.1176/appi.ajp.24181010



ATELIER PRATIQUE DE L'AQMSE ET DE LA FMOQ ET ATELIER DE PROLOTHÉRAPIE

OFFERTS PAR LA FMOQ EN 2026

ATELIER PRATIQUE DE L'AQMSE ET DE LA FMOQ

MONTRÉAL

LES 5 ET 6 NOVEMBRE

COLONNE CERVICALE ET ÉPAULE

Inscriptions jusqu'au 3 novembre

ATELIER DE PROLOTHÉRAPIE

MONTRÉAL

LES 1ER ET 2 OCTOBRE

PROLOTHÉRAPIE POUR LE MÉDECIN DE PREMIÈRE LIGNE

Inscriptions jusqu'au 29 septembre

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE

PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

QUAND, COMMENT ET POURQUOI PRESCRIRE ?

SUZANE RENAUD ET LIONEL CAILHOL



Selon l'INSPQ, environ 4 % de la population québécoise présenterait un trouble de la personnalité du groupe B. En 2022-2023, leur taux de mortalité était de 14 %, soit près du double de celui de la population générale. En effet, les personnes atteintes de ces troubles se caractérisent par d'importantes vulnérabilités médicales, notamment un risque de décès par suicide d'environ 20 %, ainsi que des taux de maladies cardiovasculaires et de cancers atteignant respectivement 19,1 % et 18,6 %[1]. Une prise en charge médicale globale est donc essentielle pour cette population.

Les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) montrent qu'avant et après la pose d'un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe B (TPGB), soit limite, histrionique, narcissique ou antisociale, la prescription de psychotropes augmente, souvent de plus de trois médicaments, sans que cette polypharmacie ne soit entièrement expliquée par l'apparition de nouvelles comorbidités[2]. Pourtant, les guides de pratique et les méta-analyses concluent que les bienfaits de la pharmacothérapie dans le trouble de la personnalité limite (TPL) sont minimes, voire inexistants[3-5]. Le clinicien doit néanmoins évaluer avec rigueur les comorbidités psychiatriques et physiques susceptibles de justifier une prescription. Toute pharmacothérapie envisagée doit tenir compte des dynamiques interpersonnelles, notamment de la pression exercée sur le médecin, explicite ou implicite, pour obtenir un soulagement rapide. Les avantages et les risques doivent être soigneusement pesés. Avant de conclure à la pertinence d'un médicament, il importe de définir clairement la cible thérapeutique, les doses visées et une durée de traitement raisonnable. Toute instauration de traitement doit s'accompagner d'un suivi étroit permettant d'en évaluer les effets recherchés et les effets indésirables. Enfin, la non-prescription et la déprescription doivent demeurer des options au cours du suivi. L'encadré détaille la démarche décisionnelle du médecin auprès d'un patient atteint d'un TPL (*encadré*[6]). Examinons les vignettes cliniques suivantes.

La Dre Suzane Renaud, psychiatre, a longtemps exercé au CHUM et à l'Institut Douglas en clinique et en enseignement des troubles de la personnalité. Elle travaille maintenant comme psychiatre dépanneuse en région éloignée. Le Dr Lionel Cailhol, également psychiatre, exerce au Service des troubles relationnels et de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

CAS N° 1 – STEVEE P

LA DEMANDE DE MÉDICAMENT COMME APPEL À L'AIDE

Stevee P, un homme transgenre de 32 ans, consulte pour une recrudescence d'angoisse, de tristesse et d'insomnie. Il rapporte des conflits avec son employeur. Vous avez précédemment diagnostiqué un TPL, sans complication. Il souhaite « vivement » obtenir une prescription pour atténuer sa détresse.

ANALYSE CLINIQUE

La première intervention consiste à valider la demande de Stevee et à en comprendre le sens. Derrière cette demande de prescription peut se trouver un besoin de reconnaissance de la souffrance vécue. Votre diagnostic dynamique, qui comporte une analyse des facteurs contributifs et des enjeux psychologiques en cause, constitue déjà une forme de validation du stress associé au conflit. Le médecin qui fait face à une telle situation pourrait souhaiter atténuer la souffrance du patient. Il peut également avoir l'impression de ne pas en faire assez ou d'être trop strict. Dans ce contexte, il pourrait être tenté de prescrire pour répondre au besoin immédiat de soulagement exprimé par le patient. Une écoute empathique, centrée sur les émotions, contribuera davantage à réduire sa tension et à instaurer une alliance thérapeutique. Reconnaître la détresse du patient et la légitimité de son besoin d'aide, sans pour autant prescrire, constitue souvent une intervention thérapeutique en soi[6]. Néanmoins, il faut évaluer la présence d'une comorbidité susceptible de justifier une pharmacothérapie. L'entretien clinique vise à déterminer si les symptômes correspondent aux critères d'un

ENCADRÉ

DÉMARCHE DÉCISIONNELLE DU MÉDECIN TRAITANT UNE PERSONNE ATTEINTE D'UN TPL[6]

- Confirmer le diagnostic de TPL, analyser la crise ou les facteurs précipitants à l'origine de la consultation, puis valider et comprendre la demande
- Tenir compte de la dynamique interpersonnelle entre le médecin et le patient
- Déterminer si une approche psychosociale ou psychothérapeutique adaptée à la situation clinique est en place
- Évaluer avec rigueur la présence de comorbidités
- Expliquer le rôle des médicaments dans le traitement
- Établir des cibles thérapeutiques et une durée de traitement pour chaque prescription
- Prévoir un suivi étroit afin d'évaluer les bienfaits et les effets indésirables de chaque médicament prescrit
- Réévaluer périodiquement la pertinence des prescriptions
- Garder à l'esprit la possibilité de ne pas prescrire ou de déprescrire au fil du suivi
- Collaborer avec le pharmacien en contexte de polypharmacie afin d'évaluer les interactions médicamenteuses et de planifier une déprescription

Création des auteurs

épisode dépressif majeur d'intensité modérée à grave, ou s'ils relèvent plutôt d'une réaction de tension émotionnelle dans un contexte interpersonnel. Il importe notamment de distinguer une intensification transitoire des émotions d'une humeur dépressive plus persistante. L'anhédonie et les idées suicidaires doivent également être explorées de façon systématique. Les symptômes dysphoriques peuvent être présents de façon répétée, souvent en lien avec des situations interpersonnelles, sans s'inscrire dans une humeur durablement dépressive[7].

En l'absence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux important, l'introduction d'un antidépresseur n'est pas indiquée. Une approche intégrée est plutôt privilégiée : repérage des facteurs de stress, stratégies de modulation émotionnelle, conseils relatifs à l'hygiène du sommeil et à l'activité physique, mobilisation du soutien social et, au besoin, bref arrêt de travail. Cette demande de médicament peut servir de point d'entrée pour mettre en place un plan thérapeutique global.

PLAN THÉRAPEUTIQUE

Le plan thérapeutique est élaboré conjointement avec Stevee. Il vise à clarifier les objectifs d'adaptation à sa situation, à évaluer ses attentes et à assurer un suivi rapproché. Si une pharmacothérapie est envisagée, elle doit s'appuyer sur des critères d'indication précis et faire l'objet d'une réévaluation à court terme. Le médecin peut orienter Stevee vers une intervention psychothérapeutique ciblant les compétences émotionnelles, telle que la thérapie comportementale dialectique (TCD)[8], parfois accessible en CLSC, ou vers un autre service professionnel pertinent.

LE SUIVI

Six semaines plus tard, Stevee revient en consultation. Il dit avoir apprécié la rencontre précédente et s'être senti compris. Il a repris le travail avec le soutien d'un travailleur social du programme d'aide aux employés et est en attente d'une TCD dans son CLSC. Il souhaite aborder ses difficultés de sommeil. Il décrit une insomnie d'endormissement (> 1 heure) et un sommeil superficiel. Son conjoint l'entend ronfler. Il fait des cauchemars récurrents d'agression sexuelle qui le réveillent. Pour dormir, il consomme du cannabis et, à l'occasion, des comprimés de lorazépam empruntés à son conjoint. Il demande un « traitement pour dormir ».

ANALYSE CLINIQUE

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients atteints d'un TPL et participent souvent à un cercle vicieux : le manque de sommeil aggrave l'instabilité émotionnelle et nuit à la modulation affective adaptative, ce qui amplifie les difficultés de sommeil et le risque suicidaire[9].

Chez Stevee, plusieurs hypothèses doivent être envisagées :

- Insomnie chronique, liée à la dysrégulation émotive ;
- Trouble de stress post-traumatique (TSPT) avec cauchemars récurrents d'agression sexuelle ;
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS), suggéré par le ronflement et le sommeil non réparateur.

L'usage des benzodiazépines est à proscrire, notamment en cas d'apnée du sommeil, en raison du risque de dépression respiratoire et de dépendance. De même, le cannabis n'est pas recommandé : il altère l'architecture du sommeil et peut augmenter la fréquence des cauchemars. Enfin, la pharma-

cothérapie n'est pas le traitement de première intention de l'insomnie chronique, y compris dans cette population.

PLAN THÉRAPEUTIQUE

1. Dépistage du SAOS : questionnaire et orientation vers une polysomnographie.
2. Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) : recommandée comme traitement de première intention. Plusieurs plateformes en ligne reconnues peuvent être proposées (p. ex. Insomnie.ca, Sleepio). Les principales techniques comprennent la restructuration cognitive (réduction de l'hypercontrôle du sommeil), le contrôle des stimuli (associer le lit au sommeil uniquement), l'amélioration de l'hygiène du sommeil (horaires réguliers, éviter les produits caféinés en fin de journée et les écrans avant le coucher) et la restriction du sommeil (attention : contre-indiquée en cas de SAOS)[10].
3. Exploration du TSPT : discuter d'une approche psychothérapeutique ciblant le traumatisme (p. ex. thérapie d'exposition au traumatisme, EMDR, TCC)[11].
4. Pharmacothérapie de remplacement : uniquement si les approches non pharmacologiques sont inaccessibles ou inefficaces ; préférer les molécules à faible potentiel de dépendance, comme les antagonistes de l'orexine (p. ex. suvorexant, lemborexant, daridorexant), la mirtazapine à faible dose (avec prudence, selon le profil métabolique) ou un alpha-bloquant pour atténuer les cauchemars (prazosine)[12]. Enfin, éviter les médicaments susceptibles de favoriser une surdose ou d'augmenter le risque suicidaire.

Ce suivi illustre à quel point la gestion du sommeil chez les patients atteints d'un TPL requiert une approche nuancée intégrant les dimensions émotionnelles, traumatiques et physiologiques.

L'objectif n'est pas de « trouver le bon somnifère », mais de favoriser un meilleur équilibre entre le corps, les émotions et le comportement.

CAS N° 2 – NELLY B

LA POLYPHARMACIE CHEZ UNE PATIENTE ATTEINTE D'UN TPL

Nelly, femme célibataire de 25 ans, présente un TPL, un trouble des conduites alimentaires (boulimie avec purge), un TSPT et un trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité (TDA). Traitement actuel : quétiapine XR, 250 mg au coucher ; sertraline, 150 mg le matin ; lisdexamfétamine, 70 mg le midi ; zopiclone, 7,5 mg au coucher. Vous réévaluez la pertinence de cette polypharmacie, qui a été instaurée avant votre prise en charge.

ANALYSE CLINIQUE

Le traitement pharmacologique du TPL n'est pas recommandé, car aucune molécule n'a démontré d'efficacité globale dans le traitement du trouble lui-même, bien que certaines puissent cibler des symptômes précis (impulsivité, anxiété, humeur)[3].

La psychothérapie spécialisée est le traitement de choix : la TCD, forme de psychoéducation relativement accessible au Québec, demeure le traitement de première intention et exerce un effet démontré sur la dysrégulation émotionnelle et, indirectement, sur les comportements boulimiques et les symptômes d'inattention. La dimension traumatique doit être abordée dans un cadre structuré, souvent par exposition graduée ou retraitement cognitif, plutôt que par l'ajout d'un médicament[4,8,11].

ANALYSE PHARMACOLOGIQUE

- Quétiapine XR 250 mg au coucher : quelques études à répartition aléatoire suggèrent un effet modeste sur l'anxiété et l'irritabilité chez les patients atteints d'un TPL à des doses inférieures à 150 mg. La sédation et la prise de poids peuvent aggraver la boulimie et nuire à la vigilance[13].
- Sertraline 150 mg le matin : justification possible si TSPT avéré ou symptômes dépressifs significatifs ; posologie adéquate ; efficacité à réévaluer[5,7].
- Lisdexamfétamine 70 mg le midi : efficace dans le traitement du TDAH, y compris chez les patients atteints de TPL qui présentent souvent cette comorbidité[14]. De plus, cet agent pourrait réduire la fréquence des crises boulimiques[14] et améliorer la participation à la psychothérapie.
- Vous découvrez à ce moment qu'elle prend également des suppléments d'oméga-3 suggérés par un naturopathe.

PLAN THÉRAPEUTIQUE

1. Réévaluer la pertinence de la quétiapine et envisager une diminution de la dose ; surveiller l'évolution du poids et de la somnolence diurne.
2. Privilégier une psychothérapie susceptible d'agir sur plusieurs comorbidités simultanément.
3. Si la pharmacothérapie est maintenue, suivre régulièrement les symptômes cibles et les effets indésirables.

Pour cette première consultation, vous ne changez rien à la prescription et privilégiez plutôt l'établissement d'une alliance thérapeutique (confiance, accord sur les objectifs). Vous explorez l'expérience de Nelly avec ses médicaments, notamment les avantages et les inconvénients perçus. Vous partagez avec elle vos réflexions sur les effets bénéfiques et indésirables des médicaments. À partir de ces informations, vous adoptez une approche motivationnelle[6].

LE SUIVI

Deux mois plus tard, Nelly vous revoit. Elle se sent « un peu plus stable » sur le plan émotionnel, mais continue de présenter des crises de boulimie deux à trois fois par semaine. Elle dort mal et

se plaint d'une somnolence diurne ainsi que d'une prise de poids. Elle remarque également une baisse de motivation et un certain ralentissement psychomoteur. Elle n'a pas encore eu accès à une psychothérapie. Elle prend régulièrement ses médicaments et demande : « Est-ce que je devrais les changer ? »

ANALYSE CLINIQUE

La situation illustre plusieurs réalités fréquentes :

1. Une polypharmacie prescrite de bonne foi pour « couvrir » les divers diagnostics. Il faut réévaluer chacun des médicaments actuellement prescrits et vérifier si la patiente les prend et les tolère bien. Si un médicament a produit un effet partiel ou si la réponse a été insuffisante, une augmentation de dose peut parfois être envisagée afin d'obtenir un effet thérapeutique. En revanche, si la dose minimale n'a pas produit un début d'effet attendu, il est préférable de cesser le traitement et d'en réexaminer la nécessité[2,5,6].
2. Un manque d'accès à la psychothérapie spécialisée pourrait également favoriser le maintien prolongé d'une stratégie thérapeutique centrée sur les médicaments.

Les symptômes actuels de fatigue, de somnolence et de prise de poids orientent vers un effet indésirable dépendant de la dose de la quétiapine. Celle-ci peut nuire à la vigilance, majorer la faim et contrecarrer les effets positifs de la lisdexamfétamine. Le ralentissement psychomoteur rapporté pourrait d'ailleurs être secondaire à cette combinaison. À la suite de votre recommandation, Nelly a cessé de prendre des suppléments d'oméga-3, car les données probantes appuient peu leur utilisation dans ce contexte[15].

PLAN THÉRAPEUTIQUE

1. Réduire la dose de la quétiapine XR : proposer une diminution progressive jusqu'à 150 mg, voire moins, puis réévaluer l'humeur, le sommeil et l'appétit. La quétiapine pourrait être cessée ultérieurement, par exemple 6 mois après le début de la psychothérapie, si la patiente est d'accord et si le thérapeute principal est avisé.
2. Remettre en question la pertinence de la sertraline (bienfaits possibles pour le TSPT et la dysphorie), tout en suivant l'évolution du niveau d'énergie et de la fonction sexuelle. Son efficacité demeure limitée dans le TSPT, et poursuivre un traitement inefficace n'est pas souhaitable. Déprescrire progressivement pour atténuer les effets de sevrage.
3. Conserver la lisdexamfétamine si elle améliore l'attention et la planification, en avançant l'heure de prise pour limiter l'insomnie.
4. Intégrer des approches non pharmacologiques : offrir une éducation thérapeutique sur le rôle limité des médicaments dans le TPL ; encourager les stratégies de modulation émotionnelle (respiration, pleine conscience, plan de gestion des crises, outils pour atténuer la détresse secondaire) ; favoriser l'activité physique régulière, dont les bienfaits sur la stabilité de l'humeur ont été démontrés[16].

CAS N° 3 — JACQUES W
LA DÉPRESCRIPTION COMME SOIN ACTIF

Jacques, un homme séparé de 48 ans, présente un TPGB avec traits limites et narcissiques ainsi qu'un trouble dépressif persistant. Il souffre également de migraines et d'un syndrome métabolique, auxquels s'ajoute un tabagisme actif. Traitement actuel : lisinopril 40 mg par jour, atorvastatine 80 mg par jour, sumatriptan 100 mg par jour au besoin, olanzapine 10 mg au coucher, venlafaxine XR 225 mg le matin et bupropion 450 mg le matin. Il se dit triste et fatigué de « prendre trop de pilules ».

ANALYSE CLINIQUE

La situation exige une révision globale de la pharmacothérapie. Trois psychotropes sont ici combinés : un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine), un antidépresseur dopaminergique (bupropion) et un antipsychotique (olanzapine). Cette polypharmacie expose Jacques à des risques cardiométaboliques ainsi qu'à des interactions pharmacodynamiques[1].

La venlafaxine peut contribuer à l'hypertension artérielle, tandis que l'olanzapine peut favoriser un syndrome métabolique. Le bupropion, bien que stimulant, contrecarre l'effet anxiolytique de la venlafaxine. Malgré ces traitements, Jacques demeure triste, ce qui amène à réexaminer l'origine de ses symptômes et l'efficacité des antidépresseurs.

PLAN THÉRAPEUTIQUE

1. Réexaminer le rapport bénéfice/risque : évaluer l'efficacité perçue, la tolérance et la motivation du patient[6].
2. Envisager une déprescription graduelle, en commençant par la réduction de l'olanzapine (sous surveillance métabolique, c.-à-d. mesure de l'IMC, dosage de la glycémie, obtention d'un bilan lipidique et vérification de toute hypertension artérielle concomitante). Les antipsychotiques peuvent réduire certains symptômes ciblés (impulsivité, colère, distorsions perceptives), sans effet global démontré sur le TPL. Réévaluer la pertinence d'une stratégie d'association de deux antidépresseurs, au regard de l'indication clinique et du rapport bénéfice/risque.
3. Favoriser les interventions non pharmacologiques : encourager l'activité physique, proposer une thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression persistante et recourir à une approche motivationnelle du tabagisme.
4. Collaborer avec le pharmacien pour une révision sécuritaire et progressive de la pharmacothérapie.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Le suivi des personnes atteintes d'un TPL exige une évaluation nuancée des symptômes et de leurs déterminants, tout en évitant les prescriptions réflexes.
- Une analyse rigoureuse des comorbidités et une compréhension des dynamiques interpersonnelles permettent de cibler les interventions les plus pertinentes et de limiter la polypharmacie injustifiée.
- Chez les personnes atteintes d'un TPL et présentant des comorbidités, une démarche clinique structurée permet de privilégier les stratégies thérapeutiques les plus efficaces, y compris la déprescription lorsqu'elle est indiquée.

La déprescription, dans ce cas, n'est pas un retrait de soins, mais une intervention active et bienveillante, qui redonne au patient le sentiment de contrôle sur son traitement.

Jacques a bien toléré le retrait progressif de plusieurs médicaments, mais a préféré maintenir la venlafaxine à la même dose ainsi que l'olanzapine à 5 mg par jour au besoin.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes vivant avec un TPL exige une évaluation nuancée des symptômes et de leurs déterminants, en évitant les réponses pharmacologiques réflexes. Une analyse rigoureuse des comorbidités, combinée à une compréhension des dynamiques interpersonnelles, permet de cibler les interventions réellement utiles et de limiter la polypharmacie injustifiée. En s'appuyant sur une démarche clinique structurée, le médecin peut ainsi privilégier les stratégies thérapeutiques les plus efficaces, y compris la déprescription lorsqu'elle est indiquée, afin d'optimiser la qualité et la sécurité des soins. ▮

Date de réception : le 1er mars 2026
Date d'acceptation : le 21 mars 2026

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cailhol L, Pelletier É, Rochette L et coll. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001-2012. *Can J Psychiatry*. 2017 ; 62 (5) : 336-42. DOI : 10.1177/0706743717700818
2. Lunghi C, Cailhol L, Massamba V et coll. Psychotropic medication use pre and post-diagnosis of cluster B personality disorder: a Quebec's health services register cohort. *Front Psychiatry*. 2023 ; 14 : 1243511. DOI : 10.3389/fpsyt.2023.1243511
3. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM et coll. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2024 ; 181 (11) : 1024-8. DOI : 10.1176/appi.ajp.24181010
4. National Institute for Health and Care Excellence. *Surveillance of personality disorders (NICE guidelines CG77 and CG78): surveillance report 2018* (en ligne). Site Internet : https://bit.ly/2018-surveillance-of-personality-disorders-NICE-guidelines-CG77-and-CG78 (consulté le 16 novembre 2025).
5. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribiero J et coll. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 ; 11 (11) : CD012956. DOI : 10.1002/14651858.CD012956
6. Chanen AM, Thompson KN. Prescribing and borderline personality disorder. *Aust Prescr*. 2016 ; 39 (2) : 49-53. DOI : 10.18773/austprescr.2016.019
7. Kline EA, Lekkas D, Bryan A et coll. The role of borderline personality disorder traits in predicting longitudinal variability of major depressive symptoms among a sample of depressed adults. *J Affect Disord*. 2024 ; 363 : 492-500. DOI : 10.1016/j.jad.2024.07.104
8. Le Corff C, David P, Larivière N et coll. Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : état de situation au Québec et perspectives d'avenir. *Sante Ment Que*. 2022 ; 47 (2) : 141-163. DOI : 10.7202/1098898ar
9. Winsper C, Tang NK, Marwaha S et coll. The sleep phenotype of borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 ; 73 : 48-67. DOI : 10.1016/j.neubiorev.2016.12.008
10. van Trigt S, van der Zweerde T, van Someren EJW et coll. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with borderline personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interv*. 2022 ; 29 : 100563. DOI : 10.1016/j.invent.2022.100563
11. Rothbaum BO, Watkins LE. An update on psychotherapy for the treatment of PTSD. *Am J Psychiatry*. 2025 ; 182 (5) : 424-37. DOI : 10.1176/appi.ajp.20250110
12. Bajor LA, Balsara C, Osser DN. Posttraumatic stress disorder psychopharmacology algorithm update-2024-2025. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2025 ; 35 (Suppl 1) : S135-S140. DOI : 10.5152/pcp.2025.241041
13. Black DW, Zanarini MC, Romine A et coll. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014 ; 171 (11) : 1174-82. DOI : 10.1176/appi.ajp.2014.13101348
14. MacDonald L, Sadek J. Management strategies for borderline personality disorder and bipolar disorder comorbidities in adults with ADHD: a narrative review. *Brain Sci*. 2023 ; 13 (11) : 1517. DOI : 10.3390/brainsci13111517
15. Karaszewska DM, Ingenhoven T, Mocking RJT. Marine omega-3 fatty acid supplementation for borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2021 ; 82 (3). DOI : 10.4088/JCP.20r13613
16. St-Amour S, Cailhol L, Ruocco AC et coll. Could physical exercise be an effective treatment for adults with borderline personality disorder? *Psychiatry Res*. 2021 ; 295 : 113625. DOI : 10.1016/j.psychres.2020.113625

ATELIERS D'ÉCHOGRAPHIE

OFFERTS PAR LA FMOQ EN 2026

NOUVEAU !

L'ÉCHOGRAPHIE À L'HÔPITAL PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE (ECHO)

17 DÉCEMBRE
MONTRÉAL

Faites de l'échographie votre meilleure alliée de l'hôpital en l'intégrant à votre examen clinique !

ATELIER PRATIQUE D'INFILTRATION ÉCHOGUIDÉE SUR CADAVRE POUR LE MÉDECIN EN PREMIÈRE LIGNE

FORMATION DE BASE IE-1

COMPLET
20 OCTOBRE
MONTRÉAL

COMPLET
18 DÉCEMBRE
MONTRÉAL

FORMATION AVANCÉE IE-2 (PRÉREQUIS IE-1)

COMPLET
23 OCTOBRE
MONTRÉAL

INTÉGRATION CLINIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE MUSCULOSQUELETTIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

IE MSK-1
(PRÉREQUIS IE-1 OU ÉQUIVALENCE SUR APPROBATION)

25 ET 26 NOVEMBRE
MONTRÉAL

IE MSK-2
(PRÉREQUIS IE MSK-1)

27 NOVEMBRE
MONTRÉAL

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT !

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE

5 PERSONNALITÉ NARCISSIQUE ET EXIGEANTE

SOIGNER EN TOUTE INTÉGRITÉ

DAVID ROY ET EMMANUELLE O'BOMSAWIN



Le narcissisme se caractérise par une grandiosité qui impose ses idéaux et ses exigences. Cela peut attirer le soignant dans une zone d'impuissance, ou pire encore, de menace. Comme un chirurgien qui n'opère pas sans gants, le soignant doit s'équiper d'outils pour éviter que le patient narcissique, malgré lui, ne se nuise à lui-même ou à ceux qui visent à le soigner.

CAS CLINIQUE : 1ÈRE PARTIE

Vous commencez votre pratique. M. Harvey, 45 ans, est un patient qu'un collègue vous a transféré lors de son départ à la retraite en vous disant : « Bonne chance… ». En révisant son dossier en vue de votre première rencontre, vous constatez qu'il a été évalué en psychiatrie l'an dernier et qu'il a reçu un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique (TPN). Il a ensuite été orienté vers des services psychosociaux généraux sans suivi psychiatrique. S'étant lui-même diagnostiqué une fibromyalgie, il a demandé à plusieurs reprises à votre collègue de lui prescrire des opioïdes, une demande qui a été refusée. Vous anticipez que des enjeux relationnels surgiront au cours de vos futures interactions.

DÉFINITION : LA RÉALITÉ PSYCHIQUE D'UN PATIENT NARCISSIQUE

Les enjeux narcissiques pathologiques sont souvent dépistés par la projection d'un sentiment exagéré de supériorité et la dévalorisation des autres plutôt que par l'expression de la souffrance vécue par la personne elle-même[1,2]. En effet, la grandiosité constitue le cœur du trouble de la personnalité narcissique[3]. Elle se manifeste par la surestimation des capacités, des fantasmes de succès illimité, un besoin excessif d'admiration et un sentiment d'avoir tous les droits, donnant lieu à une dévalorisation des autres. Pourtant, il s'agit d'une défense compensatoire visant à protéger une estime de soi hantée par la peur de la fragilité et de l'impuissance. La personne atteinte d'un TPN tolère difficilement l'expérience, voire la simple idée, de la honte ou de l'humiliation[4].

Le contexte d'une rencontre avec le médecin de famille est un moment durant lequel tout patient éprouve une grande vulnérabilité. En effet, il existe naturellement une asymétrie : la personne consulte, car elle souffre d'un problème qu'elle n'a pas réussi à régler par ses propres moyens et rencontre quelqu'un dont les savoirs lui confèrent des pouvoirs (de traiter, d'orienter, d'intervenir) que le patient ne possède pas. Alors que la plupart des patients accordent spontanément leur confiance à leur médecin, la personne présentant des enjeux narcissiques pathologiques peut se retrouver dans une situation de vulnérabilité vécue comme intolérable et même envier le rôle privilégié du soignant[1]. La défense grandiose surgira pour permettre au patient de reprendre le contrôle de la situation et exiger du soignant les interventions qu'il souhaite. Cette interaction permettra au patient d'éviter la vulnérabilité, donc le risque d'être humilié, qui est inhérente à toute relation thérapeutique[4].

Le défi pour le médecin de famille consiste donc d'abord à assurer sa propre sécurité face à un besoin de prise de contrôle qui peut, quoique rarement, déboucher sur des menaces et de l'agressivité. Ensuite, le médecin doit contenir les enjeux relationnels projetés par le patient et recadrer les attentes excessives afin de cheminer avec lui vers des soins médicaux généraux fondés sur des données probantes. Voyons comment cela s'illustre dans le cas de M. Harvey.

Les Drs David Roy et Emmanuelle O'Bomsawin sont médecins psychiatres au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Leurs activités cliniques se déroulent principalement à la clinique spécialisée en troubles sévères de la personnalité, le Centre de Traitement le Faubourg Saint-Jean.

CAS CLINIQUE : 2ÈME PARTIE

Vous rencontrez M. Harvey. Celui-ci commence par commenter votre jeune âge et couvre d'éloges votre prédécesseur, se demandant à voix haute si vous serez à la hauteur. Il poursuit en vous demandant de lui prescrire des opioïdes pour soulager ses douleurs. Vous vous sentez d'abord contrôlé et impuissant ; ces émotions font ensuite place à de la colère et à un besoin de reprendre le contrôle. Ayant anticipé sa demande et vos émotions, vous gardez votre calme et proposez une consultation en pharmacie dans votre clinique afin d'explorer différentes options de traitement. À cinq minutes de la fin de la consultation, M. Harvey demande un arrêt de travail, alléguant des conflits. Devant votre proposition de le revoir pour évaluer ce problème plus en profondeur, M. Harvey se fâche, affirme avoir des droits et menace de déposer une plainte. Vous sentez de nouveau la colère monter en vous, mais parvenez à la contenir avant de répéter que vous le reverrez bientôt afin d'évaluer adéquatement ces enjeux et de lui offrir les meilleurs soins. Il accepte en maugréant.

TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT ATTENDUS

Les enjeux relationnels peuvent s'élaborer à partir des concepts de transfert et de contre-transfert issus des approches de psychothérapie psychodynamique[5]. Le transfert est l'expérience relationnelle spontanée qui surgit chez le patient au contact du soignant, et le contre-transfert désigne l'équivalent chez le soignant au contact du patient. Ces expériences sont attendues et viennent activer de part et d'autre un bagage relationnel qui, chez le patient narcissique, peut être marqué par de la négligence ou des traumatismes[1,2]. Ces enjeux ont des répercussions non seulement sur la relation thérapeutique, mais aussi sur la qualité et les résultats des soins[6]. Les connaître vous permettra de mieux les anticiper, de les voir apparaître au fil de vos interactions et de mieux les utiliser dans vos soins (*tableau I*[1]).

La grandiosité et la recherche de l'attention d'autrui, deux traits pathologiques phares du TPN dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5-TR[3], sont regroupés sous la catégorie de l'antagonisme. L'antagonisme, soit le contraire de l'amabilité, est le résultat de « comportements qui mettent l'individu en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance et une attente concomitante d'un traitement spécial, de même qu'une dureté avec antipathie vis-à-vis des autres, comprenant à la fois le fait de méconnaître les besoins et les sentiments d'autrui et le fait d'être prêt à utiliser les autres au bénéfice de la valorisation de soi »[3]. L'antagonisme est à la fois une stratégie de mise à distance et de contrôle, créant un sentiment de manipulation. Le médecin peut alors se sentir dévalué et utilisé pour ses privilèges professionnels plutôt que consulté et considéré pour son expertise.

Paradoxalement, la grandiosité peut être dissimulée, ne laissant place qu'au vide et aux fantasmes de grandeur. Cette grandiosité maintient l'estime de soi dans un sentiment fragile de protection. Cette présentation est désignée sous le nom de personnalité narcissique hypervigilante. Contrairement au versant grandiose, le versant hypervigilant présente une identité incohérente, une faible estime de soi et une relation marquée par l'évitement ainsi qu'une surveillance constante des menaces à l'estime de soi[7]. En cas d'échec à satisfaire ses

TABLEAU I

TRANSFERTS ET CONTRE-TRANSFERTS AUTO-RAPPORTÉS PAR LES CLINICIENS FACE À UN PATIENT PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE[1]

Transfert	Contre-transfert
Détachement émotionnel	Désengagement émotionnel ; envie de terminer le suivi ; besoin de faire sentir sa présence dans la pièce
Sentiment d'avoir tous les droits ; demande de privilèges spéciaux	Colère et ressentiment
Attitude critique ou hostile envers le soignant	Sentiment de rejet et d'incompétence ; peur
Comparaison des soignants entre eux	Besoin de défendre sa compétence et désir de reprendre le contrôle de la rencontre
Sentiment d'être maltraité et abusé par le soignant	Perte d'empathie
Besoin excessif d'admiration de la part du soignant	Admiration ou idéalisation du patient
Tendance à considérer le soignant comme une image miroir de soi ou comme une personne trop semblable à soi	Sentiment d'égalité avec le patient ou sentiment d'être envahi et contrôlé

Adapté de : Diamond D, Yeomans FE, Stern BL et coll. *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. New York : Guilford Press ; 2022. 470 pages. Reproduction autorisée.

propres exigences grandioses, la personne souffrira d'une dérégulation de ses émotions et de son estime de soi[3]. Ce besoin accru d'admiration externe et de grandiosité oriente vers le diagnostic de TPN hypervigilant qui, bien qu'il ne soit pas officiellement reconnu dans le DSM-5-TR, est utilisé dans la pratique clinique psychiatrique.

CAS CLINIQUE : 3ÈME PARTIE

Au rendez-vous suivant, M. Harvey se présente sous un autre jour : il se montre plus authentique et s'ouvre sur son sentiment d'humiliation face à son patron ainsi que sur la solitude qu'il ressent en raison de l'éloignement de sa famille, qui lui reproche d'être trop « lourd et drainant ». Vous sentez naître en vous de la chaleur et un désir de l'écouter davantage, de le prendre en charge. Vous validez sa souffrance et proposez d'en parler à la travailleuse sociale de la clinique, ce qu'il accepte. Enfin, vous discutez ensemble de votre cadre relationnel de soins. Après la rencontre, vous consignez les principaux éléments de votre échange et ce que vous avez convenu dans le dossier médical.

STRATÉGIES CONCRÈTES

Une rencontre difficile peut être causée par plusieurs facteurs autres que ceux liés au patient. Ces facteurs comprennent la pression du système (productivité, paperasse, augmentation des règles administratives) ainsi que des facteurs interpersonnels (notamment les compétences en communication) et situationnels (manque de temps, fatigue)[8]. Les rencontres difficiles entraînent chez les médecins une diminution de la satisfaction ainsi qu'une augmentation de l'épuisement professionnel et du sentiment d'isolement, ce qui peut mener à une fatigue de compassion. Dans d'autres cas, ces situations peuvent également se traduire par le recours à une médecine défensive[9,10]. Il est donc essentiel de se doter de stratégies permettant de prendre du recul tout en offrant des soins de qualité.

DANS LA RENCONTRE

Comme évoqué plus haut, les rencontres du médecin avec des personnes présentant des enjeux de personnalité narcissique peuvent se charger d'émotions et rapidement évoluer vers une escalade des tensions, augmentant le risque de détérioration de la relation thérapeutique. Certaines approches permettent de prévenir ou de désamorcer de tels scénarios (*tableau II*[11]).

Pendant la rencontre, les techniques de communication suivantes peuvent vous aider à sortir d'une approche centrée sur la résolution de problèmes (*problem-solving*) pour mettre davantage l'accent sur les enjeux motivationnels (*people-moving*) :

- Écoute active : éviter d'interrompre, rechercher ce qui se cache derrière la colère (souvent de la peur et des craintes que le patient cherche à soulager par une prise de contrôle), poser des questions de clarification, faire preuve de curiosité, tenter d'expliciter les enjeux implicites ;
- Validation des émotions : reconnaître les émotions exprimées et témoigner de l'empathie pour les conséquences négatives sans approuver le comportement lui-même ;
- Approche motivationnelle : explorer les solutions de rechange, élaborer des options, peser le pour et le contre, nommer l'ambivalence, chercher la fonction du comportement (neutre) plutôt que son caractère moral (bien ou mal)[12] ;

TABLEAU II

APPROCHES DE TRAITEMENT PRAGMATIQUE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE[11]

À faire

- Aider la personne à élaborer des objectifs de traitement concrets, réalistes et mesurables dans lesquels elle se reconnaît
- Aider à développer son agentivité, à reconnaître ses forces et ses limites et à les relier à l'atteinte de ses objectifs
- Aider la personne à passer de la grandiosité et de l'auto-dévalorisation à une approche d'exploration, de discussion et d'expérimentation de la vulnérabilité
- Utiliser la validation pour mettre en lumière les expériences difficiles, les menaces à l'estime de soi, la vulnérabilité et la perte de contrôle
- Encourager la tolérance à l'incertitude et aux contradictions
- Utiliser des stratégies d'exploration axées sur le problème tout en rappelant la responsabilité du patient (la personne est experte d'elle-même, travaillons de concert)
- Aborder les comportements qui interfèrent avec le traitement lorsqu'ils surviennent

À éviter

- Ignorer sa réaction émotionnelle ou son contre-transfert
- S'engager dans une lutte de pouvoir ou faire un mauvais usage de son pouvoir (p. ex. relation non collaborative)
- Confronter directement ou laisser aller la grandiosité ou l'auto-dénigrement du patient
- Survalider jusqu'à la complaisance
- Ignorer les événements de la vie du patient ayant un effet sur son estime de soi

Adapté de : Weinberg I, Ronningstam E. Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *J Pers Disord.* 2020 ; 34(Suppl) : 122-42. DOI : 10.1521/pedi.2020.34.supp.122. Reproduction autorisée.

TABLEAU III

EXEMPLES D'APPLICATION DE LA STRATÉGIE DES 3 N DANS UNE RELATION DE SOINS TENDUE

Noter	⏩ « Je me sens petit dans ma chaise et impuissant, j'ai envie de lui montrer que ce n'est pas lui qui décide. » ⏩ « Je suis déjà en retard d'une heure et je n'ai pas encore dîné. Cette situation me laisse peu d'espace mental pour écouter cette personne. » ⏩ « La patiente est agitée, hausse le ton et me pointe du doigt. »
Nommer	⏩ « Vous semblez en colère. » « J'entends votre frustration. » ⏩ « Vous avez raison : votre rendez-vous devait commencer il y a 30 minutes. J'en suis désolé. » ⏩ « Nous parlons de cet enjeu depuis quelques minutes et demeurons en désaccord. »
Négocier	⏩ « Est-ce que je peux parler ? » ⏩ « Pourrions-nous reprendre rendez-vous prochainement et nous offrir plus de temps pour discuter de cet enjeu important ? » ⏩ « Je ne peux malheureusement pas faire ce que vous me demandez, car cela va à l'encontre des bonnes pratiques médicales actuelles. Voici ce que j'ai plutôt à vous proposer. »

Tableau des auteurs

⏩ Utiliser les difficultés vécues pendant la rencontre ou lors d'événements récents pour en tirer des apprentissages, puis anticiper et planifier les situations à venir.

Lorsque la pression monte pendant la rencontre, les outils de pleine conscience *Name It to Tame It* et l'approche *CALMER* sont d'excellents moyens de maintenir une posture réflexive plutôt que réactive[8]. Une approche plus simple est celle des 3 N : noter, nommer et négocier (*tableau III*).

HORS DE LA RENCONTRE

Un groupe de pairs se rencontrant régulièrement constitue un élément majeur du soutien aux soignants qui œuvrent auprès de patients souffrant de troubles de la personnalité[10]. Cette modalité peut prendre la forme d'un groupe de type Balint[13]. Un groupe de type Balint est composé uniquement de professionnels de la santé se rencontrant régulièrement pour discuter de situations cliniques mettant l'accent sur la relation médecin-patient plutôt que sur les aspects diagnostiques ou techniques. Ces moments entre pairs créent un espace de réflexion permettant à la fois de contenir et d'analyser les enjeux relationnels afin d'élaborer des solutions concrètes. Les consultations et les collaborations professionnelles permettent également d'obtenir l'opinion d'une personne neutre et extérieure à la dyade de soins[3].

Lors des rencontres avec le patient, il peut être utile de lui proposer d'être accompagné par une personne de confiance, y compris un intervenant du milieu communautaire. Cette ouverture peut contribuer à diminuer la méfiance envers le système que la rencontre peut susciter.

Pour se préparer à une rencontre difficile, il faut s'assurer que les lieux et la disposition du cabinet sont sécuritaires et qu'un plan est en place en cas de geste agressif du patient. Il est possible de demander une co-intervention avec un collègue ou un professionnel pour désamorcer la charge émotionnelle et bénéficier de la présence d'une tierce personne. Il peut être utile de se donner davantage de temps à l'horaire pour ce rendez-vous, quitte à l'utiliser pour s'arrêter quelques minutes avant et après la rencontre pour se recentrer avec l'aide de techniques de pleine conscience. Une telle démarche vous permettra de rehausser vos capacités d'empathie et votre sensibilité à l'égard du patient et de vous-même.

Les notes médicales sont facilement accessibles aux patients, et leur contenu peut influencer la relation thérapeutique. Il est donc primordial d'en assurer la qualité. L'utilisation d'une approche centrée sur le patient qui explicite le contexte, les objectifs et les valeurs du patient permet de construire un récit de l'expérience vécue qui dépasse les seuls diagnostics. Le contenu de vos notes devrait être empathique, sans jugement, et dépourvu de termes stigmatisants tels que « manipulateur » ou « recherche d'attention »[14]. Il est important de formuler les demandes du patient comme des besoins et de vous appuyer sur votre opinion professionnelle pour y répondre, car cela permet de documenter un processus de décision partagée et d'établir la distinction entre validation et fermeté. Consignez également les démarches entreprises en parallèle de la rencontre, qu'elles aient été menées en groupe ou avec un collègue, ainsi que leurs résultats. Cette documentation est essentielle non seulement dans la relation médecin-patient, mais aussi en cas de litige[10].

CAS CLINIQUE : 4ÈME PARTIE

Au rendez-vous suivant, M. Harvey arrive avec une attitude charmeuse. Vous lui donnez les résultats de la consultation en pharmacie, qui préconisent le recours à des interventions non pharmacologiques en première intention, puis à un traitement non opioïde en cas d'efficacité insuffisante[15]. Sans crier gare, M. Harvey se fâche, lève le ton, affirme que votre prédécesseur lui aurait prescrit des opioïdes sans hésiter. Vous lui répondez d'un ton calme, mais ferme : « Je vois que cela vous fâche, M. Harvey, mais je dois m'appuyer sur les recommandations scientifiques actuelles, et cela n'inclut pas la prescription d'opioïdes à ce stade-ci. » Toujours en colère, M. Harvey se lève et quitte le bureau en menaçant de déposer une plainte. Seul dans votre bureau, vous prenez un moment avant votre prochain rendez-vous pour intégrer les conflits et les émotions suscités par cette rencontre : la peur pour votre propre sécurité, le sentiment d'impuissance à répondre à la demande de votre patient (médecine centrée sur le patient, décision partagée) et la tentation d'une médecine défensive. Une chose est certaine et vous réconforte : vous avez mené une démarche clinique de qualité et, surtout, vous n'avez pas nui au patient.

CONCLUSION

Les personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique ont tendance à exprimer leur grandiosité sous forme d'exigences afin de mieux contrôler leur environnement et d'éviter de vivre la vulnérabilité inhérente à une rencontre médicale. Connaître les enjeux classiques susceptibles de se manifester dans la relation thérapeutique permet de les anticiper et de prévenir une détérioration de cette relation. En parallèle, des stratégies de communication, de soutien et d'organisation permettent d'éviter la dyade « tout-puissant et impuissant ». Elles favorisent un accompagnement à la fois validant et ferme dans l'élaboration d'un plan de traitement tenant compte des forces et des limites du patient, de la médecine moderne et de la société. ▮

Date de réception : le 1er mars 2026
Date d'acceptation : le 21 mars 2026

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Le narcissisme s'exprime souvent par une défense grandiose visant à protéger la personne contre une vulnérabilité ou une humiliation difficilement tolérée.
- Un cadre clair alliant validation et fermeté favorise la qualité des soins et permet d'éviter les pièges relationnels avec les patients présentant des enjeux narcissiques et exigeants.
- Une préparation adéquate aux rencontres avec un patient présentant des enjeux narcissiques et exigeants favorise l'agilité devant les scénarios relationnels susceptibles de surgir. Ce qui se dresse sur le chemin devient le chemin : nous pouvons le noter, le nommer et le négocier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Diamond D, Yeomans FE, Stern BL et coll. *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. New York : Guilford Press ; 2022. 470 pages.
2. Drozek RP, Unruh BT, Bateman AW, éditeurs. *Mentalization-based treatment for pathological narcissism: a handbook*. Oxford : Oxford University Press ; 2023. 432 pages.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5e éd., texte révisé. Arlington (VA) : American Psychiatric Publishing ; 2022. 1120 pages.
4. Weinberg I, Finch EF, Choi-Kain LW. Implementation of good psychiatric management for narcissistic personality disorder: good enough or not good enough? Dans : Choi-Kain LW, Gunderson JG, éditeurs. *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder: a practical guide*. Washington (DC) : American Psychiatric Association Publishing ; 2019. p. 253-80.
5. Yakeley J. Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet Psychiatry*. 2018 ; 5(5) : 443-50. DOI : 10.1016/S2215-0366(18)30052-X
6. Øvstebø RB, Pedersen G, Wilberg T et coll. Countertransference in the treatment of patients with personality disorders: a longitudinal study. *Psychother Res*. 2024 ; 34(8) : 1051-65. DOI : 10.1080/10503307.2023.2279645
7. Day NJS, Green A, Denmeade G et coll. Narcissistic personality disorder in the ICD-11: severity and trait profiles of grandiosity and vulnerability. *J Clin Psychol*. 2024 ; 80(8) : 1917-36. DOI : 10.1002/jclp.23701
8. Bailey J, Martin SA, Bangs A. Managing difficult patient encounters. *Am Fam Physician*. 2023 ; 108(5) : 494-500.
9. Kakemam E, Arab-Zozani M, Raeissi P et coll. The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022 ; 22 : 800. DOI : 10.1186/s12913-022-08194-w
10. Hersh RG. How to mitigate risk in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2024 ; 26(12) : 816-21. DOI : 10.1007/s11920-024-01558-5
11. Weinberg I, Ronningstam E. Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *J Pers Disord*. 2020 ; 34(Suppl) : 122-42. DOI : 10.1521/pedi.2020.34.supp.122
12. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change and grow*. 4e éd. New York (NY) : Guilford Press ; 2023. 338 pages.
13. Xu L, Cui X, Wang Y et coll. Balint groups for improving the ability of doctors and medical students to manage the doctor-patient relationship: a systematic review, quantitative meta-analysis and qualitative meta-synthesis of intervention studies. *BMC Med Educ*. 2025 ; 25 : 1534. DOI : 10.1186/s12909-025-08072-z
14. Fleming EA, Mathis NE, Larson MJ. Educating medical trainees about patient-centered documentation in the time of open notes. *Ann Fam Med*. 2026 ; 24(1) : 72-4. DOI : 10.1370/afm.250068
15. Winslow BT, Vandal C, Dang L. Fibromyalgia: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2023 ; 107(2) : 137-44.

QUIZ ANNUEL *MÉDECIN DU QUÉBEC* 2025



- Obtenez des crédits pour vos activités d'évaluation de l'exercice de la profession (AEEP)
- Remplissez vos obligations liées au *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* du CMQ
- Revisitez les anciens numéros et consolidez vos connaissances
- Répondez à 24 questions en trouvant le message clé inexact parmi les notions à retenir des cahiers de formation de l'année

***Le Médecin du Québec*, votre allié pour vos activités d'évaluation de l'exercice de la profession !**

Le *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* du CMQ exige 10 heures d'AEEP (catégorie B) par cycle de 5 ans

Remplissez le Quiz annuel MQ 2025 et obtenez votre résultat immédiatement. Avec une note de 80 % ou plus, la FMOQ vous attribuera 1 heure d'AEEP reconnue aux fins du règlement du CMQ.

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

DES DÉFIS CLINIQUES SURMONTABLES

PADPC FMOQ

1 **QUEL DÉFI PARTICULIER DANS LE FONCTIONNEMENT AU TRAVAIL EST FRÉQUEMMENT OBSERVÉ CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?**

- **A** Faire les démarches pour trouver un emploi
- **B** Obtenir des promotions
- **C** Vivre de l'instabilité professionnelle en changeant fréquemment d'emploi
- **D** Demeurer en contact avec la réalité

2 **L'ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES AU TRAVAIL CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ IMPLIQUE :**

- **A** De mener une évaluation objective et détaillée des habiletés motrices
- **B** D'approfondir ce que l'emploi et la sphère professionnelle représentent pour la personne
- **C** De déterminer l'adhésion au traitement médicamenteux
- **D** D'utiliser systématiquement un test cognitif

3 **« LA DOULEUR EST RÉELLE, JE N'EN DOUTE PAS. » DANS CET EXEMPLE, QUELLE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE EST EMPLOYÉE ?**

- **A** Posture réflexive et prévisible
- **B** Écoute empathique centrée sur la validation des émotions
- **C** Proactivité dans la gestion des ruptures d'alliance
- **D** Création de liens entre les émotions et les événements

4 **QUELLE INTERVENTION FAVORISE UNE RELATION DE COLLABORATION ?**

- **A** Impliquer les patients dans la planification des rencontres et la prise de décision
- **B** Prendre une décision sans considérer l'avis du patient
- **C** Ajuster le traitement selon le point de vue du médecin
- **D** Favoriser l'ambiguïté ou se désengager de la prise de décision

5 **QUEL ÉNONCÉ EST FAUX CONCERNANT LA COMMUNICATION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET LA STIGMATISATION QUI Y EST ASSOCIÉE ?**

- **A** Le non-dévoilement tend à renforcer la stigmatisation
- **B** Cinquante pour cent des cliniciens communiquent un diagnostic de trouble de la personnalité (limite)
- **C** L'absence de diagnostic restreint l'accès aux traitements appropriés
- **D** Les formulations floues engendrent des malentendus diagnostiques

6 **CONCERNANT L'ÉVALUATION ET LA CLASSIFICATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, QUEL ÉNONCÉ EST FAUX ?**

- **A** La personnalité repose sur l'interaction entre des vulnérabilités biologiques et environnementales
- **B** La conceptualisation dimensionnelle améliore la communication entre le clinicien et le patient
- **C** Le dysfonctionnement de la personnalité repose uniquement sur des difficultés interpersonnelles
- **D** Le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP) permet de recréer certains diagnostics catégoriels

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE *(suite)*

DES DÉFIS CLINIQUES SURMONTABLES

PADPC FMOQ

7 **CONCERNANT LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ DU GROUPE B, CHOISISSEZ LA MEILLEURE AFFIRMATION PARMI LES SUIVANTES :**

- **A** Elles présentent des taux plus élevés de suicide, de cancer et de maladies cardiovasculaires que la population générale
- **B** Elles demandent souvent des stimulants sans indication justifiée pour un trouble déficitaire de l'attention
- **C** Elles répondent mal aux psychothérapies offertes
- **D** Elles doivent recevoir plusieurs psychotropes en raison de leurs comorbidités fréquentes

8 **PARMI LES AFFIRMATIONS SUIVANTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE ET SOMATIQUE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE (TPL), LAQUELLE EST EXACTE ?**

- **A** Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ont un effet significatif sur le TPL
- **B** Les antipsychotiques peuvent réduire certains symptômes ciblés (impulsivité, colère, distorsions perceptives) sans effet global démontré sur le TPL
- **C** Les recommandations générales de prise en charge de l'insomnie s'appliquent peu aux personnes vivant avec un TPL
- **D** Les oméga-3 sont efficaces pour la régulation émotionnelle dans le TPL

9 **PARMI LES INTERVENTIONS SUIVANTES, LAQUELLE FAUT-IL ÉVITER AVEC UN PATIENT PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE ?**

- **A** Utiliser la validation pour mettre en lumière les expériences difficiles
- **B** Utiliser des stratégies d'exploration axées sur le problème pour développer une « alliance collaborative »
- **C** Confronter directement la grandiosité ou l'auto-dénigrement du patient
- **D** Encourager la curiosité, le narratif cohérent, la tolérance à l'incertitude et les contradictions

10 **PARMI LES PRATIQUES SUIVANTES, LAQUELLE FAUT-IL ÉVITER AVEC UN PATIENT PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE ?**

- **A** Participer à un groupe de pairs pour discuter de cas cliniques
- **B** Indiquer dans la note clinique que le patient est « manipulateur » pour que les partenaires en soient avisés
- **C** Demander une co-intervention lorsqu'une rencontre chargée sur le plan émotionnel est anticipée
- **D** Prévoir davantage de temps à l'horaire pour la rencontre



SOYEZ BRANCHÉS !

LEMEDECINDUQUEBEC.ORG

REMPLISSEZ VOTRE POST-TEST EN LIGNE, C'EST FACILE ET RAPIDE !

1. Allez sur lemedecinduquebec.org.
2. Cliquez sur l'onglet Post-test en haut de la page.
3. Connectez-vous en utilisant votre mot de passe (OU) activez votre profil d'utilisateur.
4. Remplissez le post-test correspondant et obtenez votre résultat immédiatement. La FMOQ vous attribuera trois heures d'activité de DPC (type A) reconnues aux fins du règlement du Collège **qui seront automatiquement ajoutées à votre PADPC-FMOQ** si vous obtenez une note de 60 % ou plus. **Répondez avant le 1er avril 2027.**
5. Votez pour votre article Coup de cœur du mois.
6. Cliquez sur le bouton « Remplir l'annexe 13 de votre PADPC » et remplissez-la.

ALLEZ PLUS LOIN GRÂCE À INTERNET…

PERSONNALITÉ TROUBLE

ROBERT AUBIN, BIBLIOTHÉCAIRE PROFESSIONNEL

POUR LES PROFESSIONNELS

Pertinence des approches généralistes pour l'intervention précoce dans les troubles de la personnalité (2024)

https://bit.ly/approches_généralistes_troubles_personnalité

Les auteurs proposent la démarche Good Psychiatric Management for Adolescents comme cadre d'intervention précoce auprès des jeunes présentant un trouble de la personnalité.

Nouveaux horizons dans les troubles de la personnalité (2025)

https://bit.ly/nouveaux_horizons_troubles_personnalité

Chez les personnes âgées, les psychothérapies axées sur l'introspection demeurent efficaces. Les thérapies de soutien et de médiation conviennent davantage aux personnes présentant d'importantes déficiences cognitives ou physiques.

Troubles de la personnalité, violence et comportements antisociaux (2025)

https://bit.ly/troubles_personnalité_violence_comportements

Dans une perspective de prévention de la violence, les auteurs soulignent l'importance d'évaluer et de prendre en charge les troubles de la personnalité ainsi que de repérer les maladies concomitantes, notamment les troubles liés à l'usage de substances.

DIAGNOSTIC

Critères diagnostiques des troubles de la personnalité : méta-analyse fondée sur les données individuelles des participants (2026)

https://bit.ly/manuel_diagnostique_statistique_troubles_mentaux

En vue de la révision du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, les auteurs ont regroupé les données de 30 000 patients afin de préciser les critères diagnostiques de ces troubles.

TRAITEMENT

Traitement des patients présentant un trouble de la personnalité limite (2024)

https://bit.ly/prise_en_charge_patient_trouble_personnalité_limite

Guide complet de l'American Psychiatric Association.

Approches multimodales du traitement des troubles de la personnalité (2025)

https://bit.ly/approches_multimodales

Certaines données indiquent que les thérapies axées sur la résolution de problèmes, la thérapie basée sur la mentalisation et la thérapie comportementale dialectique sont efficaces pour traiter les troubles de la personnalité de gravité modérée.

Thérapie des schémas en groupe pour les troubles de la personnalité (2025)

https://bit.ly/thérapie_schémas_en_groupe

Offerte en groupe, la thérapie des schémas peut constituer une réponse aux contraintes budgétaires actuelles.

Élaboration d'interventions contre la solitude chez les personnes présentant un trouble de la personnalité (2025)

https://bit.ly/interventions_contre_solitude_trouble_personnalité

Pour élaborer un modèle thérapeutique valide, les auteurs proposent de partir d'un cadre modulaire englobant les perceptions, les cognitions, les émotions et les comportements associés à la solitude.

Abandon de la psychothérapie chez les personnes présentant un trouble de la personnalité (2025)

https://bit.ly/abandon_psychothérapie_trouble_personnalité

Pour lutter contre l'abandon thérapeutique, il importe de mettre en place des stratégies de mobilisation précoce, d'assurer la continuité avec le même thérapeute et de faire preuve de flexibilité dans la prise en charge.

Prise en charge des difficultés liées à l'intensité émotionnelle chez les personnes âgées présentant un trouble de la personnalité (2026)

https://bit.ly/personnes_âgées_atteintes_troubles_personnalité

Les auteurs ont adapté aux personnes âgées un programme de traitement dont l'efficacité a été démontrée chez de jeunes adultes atteints d'un trouble de la personnalité limite.

PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

Trouble de la personnalité narcissique (2025)

https://bit.ly/trouble_de_la_personnalité_narcissique

Causes, traitement, pronostic, etc. (inscription gratuite requise)

Évaluations diagnostiques des cliniciens et réactions contre-transférentielles face au narcissisme grandiose et vulnérable (2025)

https://bit.ly/évaluations_diagnostiques_des_cliniciens

Les cliniciens réagissent différemment selon le type de narcissisme. Ils tendent à minimiser la pathologie des patients présentant un narcissisme vulnérable pour lesquels ils ressentent de la tristesse et de l'empathie. À l'inverse, le narcissisme grandiose suscite chez eux davantage de colère, moins d'empathie et un sentiment de découragement.

POUR LES PATIENTS

Trouble de la personnalité limite

https://bit.ly/trouble_de_la_personnalité_limite_TPL

Présentation des symptômes, des traitements et des situations où il est recommandé de consulter un professionnel de la santé.

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Aspects cliniques des syndromes associés aux ITSS

Des formations conçues par un comité scientifique composé de représentantes de l'INSPQ et de la FMOQ ainsi que de cliniciens détenant une expertise dans le domaine.

Les ulcérations génitales

Méfiez-vous ! La grande imitatrice, la syphilis, est de retour

Traiter l'hépatite C

Un guide simplifié en 6 étapes

Les ulcérations génitales

L'herpès génital est plutôt complexe !

NOUVEAU

Prophylaxie et suivi post-exposition

VIH, VHB et VHC



INFO-COMPRIMÉE

LE TROUBLE LIÉ À L'USAGE DE L'ALCOOL

LA PRÉVENTION DES RECHUTES, UNE GOUTTE À LA FOIS !

VIRGINIE BLAIS ET STÉPHANIE CARREAU



Le trouble lié à l'usage de l'alcool est fréquent dans notre société et est associé à une morbidité non négligeable. Différentes options pharmacologiques sont disponibles pour prévenir les rechutes de consommation d'alcool, mais comment s'y retrouver comme clinicien ? Comment aider nos patients à diminuer leur consommation d'alcool et prévenir les rechutes ?

VOUS VOULEZ PRESCRIRE ? LISEZ CE QUI SUIT !

Le trouble lié à l'usage de l'alcool (TUA) est le trouble lié à une substance le plus fréquent au Canada. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021, environ 18 % des personnes de 15 ans ou plus répondent aux critères cliniques d'un TUA à un moment ou l'autre au cours de leur vie[1].

La consommation d'alcool est associée à différents problèmes de santé, tant sur le plan physique que psychologique. Malheureusement, le TUA est souvent sous-traité. Seulement 7 % à 15 % des patients ayant un diagnostic de TUA reçoivent un traitement psychosocial et/ou pharmacologique[2-4].

Les envies impérieuses de consommer peuvent être présentes chez les personnes ayant un TUA actif, mais elles peuvent également survenir après un sevrage réussi et persister à long terme. Elles jouent un rôle important dans le risque de rechute. Les lignes directrices recommandent de discuter d'un traitement pharmacologique chez les patients ayant un TUA modéré à sévère en complément d'interventions psychosociales, et ce, que le patient désire cesser complètement sa consommation ou seulement la diminuer.

La Dre Virginie Blais est médecin de famille au GMF-U Sacré-Cœur et travaille comme médecin à la clinique de toxicomanie du CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal. Mme Stéphanie Carreau, pharmacienne, pratique au GMF-U Sacré-Cœur ainsi qu'au Département de cardiologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

TABLEAU I

PRINCIPALES OPTIONS DE TRAITEMENT POUR LA PRÉVENTION DES RECHUTES DE CONSOMMATION D'ALCOOL[1-15]

Objectifs principaux	Posologie	Particularités	RAMQ (prix)
Naltrexone (Revia)			
⏩ Réduction de la consommation excessive (NNT 12) ⏩ Abstinence (NNT 18)	Commencer à 25 mg PO DIE pendant 4 jours, puis augmenter à 50 mg PO DIE	⏩ Traitement de 1ère intention ⏩ Peut être instaurée même si le patient consomme encore de l'alcool	Oui (85 $/mois)
Acamprosate (Campral)			
Maintien de l'abstinence (NNT 12)	⏩ 666 mg PO TID ⏩ Réduire la dose à 333 mg PO TID si < 60 kg et/ou si DFGe de 30 ml/min à 50 ml/min	⏩ Bon choix chez les patients atteints d'une maladie hépatique ⏩ Contre-indiqué si le DFGe < 30 ml/min	Oui (290 $/mois)
Gabapentine (Neurontin)			
⏩ Réduction de la consommation excessive (NNT 5)* ⏩ Abstinence (NNT 7)*	⏩ Commencer entre 100 mg et 300 mg PO TID et augmenter graduellement tous les 3 jours jusqu'à une dose cible de 1200 mg/j à 1800 mg/j ⏩ Adapter la dose à la fonction rénale : ▷ DFGe de 30 ml/min à 59 ml/min : maximum de 300 mg PO BID ▷ DFGe de 15 ml/min à 29 ml/min : maximum de 300 mg PO DIE ▷ DFGe < 15 ml/min : commencer à 100 mg PO DIE et ne pas dépasser cette dose	⏩ Option intéressante chez les patients présentant d'importants symptômes de sevrage ⏩ Risque potentiel de mésusage ⏩ Prudence chez les personnes > 65 ans	Oui (5 $/mois)
Topiramate (Topamax)			
Réduction de la consommation – Effet faible†	⏩ Commencer à 25 mg PO DIE et augmenter de 25 mg/semaine jusqu'à une dose cible de 200 mg/j à 300 mg/j (répartie en BID) ⏩ Réduire la dose de moitié si DFGe < 70 ml/min	⏩ Option de 2e intention peu utilisée ⏩ Effets indésirables importants limitant son utilisation ⏩ Prudence chez les personnes > 65 ans	Oui (35 $/mois)

NNT : nombre nécessaire pour traiter

* Malgré des NNT apparemment favorables à la gabapentine par rapport à la naltrexone et à l'acamprosate, les données soutenant l'efficacité de la gabapentine demeurent limitées, car elles reposent sur un petit nombre d'études de faible envergure et certaines données contradictoires ; † Il manque des études de bonne qualité pour calculer un NNT.

Tableau des auteures

Les objectifs du traitement pour la prévention des rechutes peuvent inclure l'abstinence complète ou la réduction de la consommation[1,4-6].

QUELQUES OUTILS POUR VOUS AIDER À PRESCRIRE

Plusieurs traitements pharmacologiques visant à diminuer les envies de consommer de l'alcool sont disponibles au Canada, mais leur efficacité varie. Les deux agents officiellement reconnus pour cette indication sont la naltrexone et l'acamprosate. Il existe cependant d'autres options potentiellement mieux adaptées à certains profils de patients (*tableau I*[1-15]). La plupart des essais cliniques concernant la naltrexone et l'acamprosate comportent de faibles tailles d'échantillon et de courtes durées de suivi. Ils portent également sur des issues cliniques intermédiaires (p. ex. prévenir la reprise de la consommation d'alcool). Ainsi, très peu d'études évaluent des issues cliniques fermes telles que la mortalité ou la morbidité[1-7].

À noter que toutes les molécules peuvent être prescrites même si le patient continue à consommer de l'alcool. Le trai-

TABLEAU II

PROFILS D'INNOCUITÉ ET CONTRE-INDICATIONS DES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES POUR LE TROUBLE LIÉ À L'USAGE DE L'ALCOOL[1-15]

Effets indésirables	Particularités	Contre-indications	Interactions majeures
Naltrexone (Revia)			
▸▸ Effets indésirables de > 10 % : ▷ Nausées ▷ Douleurs abdominales ▷ Douleurs articulaires ▷ Céphalées ▷ Insomnie ▸▸ Somnolence (1 % – 10 %)	Les effets indésirables ont tendance à diminuer avec la prise continue	▸▸ Utilisation concomitante avec opioïdes ▸▸ Hépatite aiguë ▸▸ ALT > 5 fois la limite supérieure de la normale ▸▸ Insuffisance hépatique (Child-Pugh ⩾ C)	Tous les opioïdes
Acamprosate (Campral)			
▸▸ Diarrhées (16 %) ▸▸ Fatigue (6 %) ▸▸ Insomnie (7 %)		IRC avec DFGe < 30 ml/min	Aucune
Gabapentine (Neurontin)			
▸▸ Étourdissements (17 % – 28 %) ▸▸ Somnolence (20 %)	▸▸ Les effets indésirables ont tendance à diminuer avec la prise continue ▸▸ La consommation d'alcool peut accentuer les effets indésirables		▸▸ Antiacides à base d'hydroxyde d'aluminium ou de magnésium (diminue les concentrations de gabapentine ; espacer les administrations de deux heures) ▸▸ Phénytoïne (augmentation de son effet)
Topiramate (Topamax)			
▸▸ Étourdissements (30 %) ▸▸ Somnolence (30 %) ▸▸ Paresthésies (15 %–19 %) ▸▸ Nervosité (18 %) ▸▸ Nausées (12 %) ▸▸ Troubles de la mémoire (12 %–15 %) ▸▸ Troubles de la concentration (8 %–15 %) ▸▸ Tremblements (10 %) ▸▸ Diplopie (10 %–14 %) ▸▸ Ataxie (15 %–20 %) ▸▸ Dysgueusie (3 %–15 %)	Une augmentation lente de la dose aide à diminuer les effets indésirables		▸▸ Contraceptifs oraux (diminution des concentrations et de l'efficacité des contraceptifs oraux) ▸▸ Plusieurs autres interactions médicamenteuses importantes existent (consulter le pharmacien)

Tableau des auteures

tement de première intention est la naltrexone à une dose cible de 50 mg par jour. Une revue Cochrane publiée en 2010[8] portant sur 50 études comparatives avec répartition aléatoire a montré l'efficacité de cette molécule. Des doses plus élevées n'ont pas montré de bienfaits supplémentaires. L'acamprosate est également une bonne option chez les patients abstinents ou non. La dose cible est de 666 mg, 3 fois par jour. Il n'est pas contre-indiqué d'amorcer un traitement par acamprosate si le patient consomme encore de l'alcool. Tout récemment, la RAMQ a retiré les conditions de remboursement. Ce médicament peut donc être prescrit sans contrainte administrative[2,3,7,9-11]. La gabapentine constitue une option

de deuxième intention. Son efficacité pour réduire la consommation excessive d'alcool a été démontrée principalement chez les patients présentant d'importants symptômes de sevrage ou des antécédents de sevrage symptomatique. Cet agent est également bénéfique chez les patients présentant certaines comorbidités, notamment de l'anxiété ou des symptômes de ménopause[2,7].

Quelques études ont tenté de déterminer si l'association de certains traitements pouvait être bénéfique. L'étude COMBINE[12] a suivi 1383 patients pendant 4 mois et a montré que l'association naltrexone-acamprosate n'apportait pas d'avantage par rapport à ces traitements utilisés seuls. La naltrexone a procuré un léger effet favorable, principalement lorsqu'elle était associée à un accompagnement médical structuré. Dans une petite étude de 150 patients suivis pendant 16 semaines, l'association naltrexone-gabapentine a retardé la reprise de la consommation excessive et réduit le nombre de jours et de boissons consommées durant les 6 premières semaines de traitement, mais l'effet diminuait avec le temps. Cet effet était plus marqué chez les patients ayant des antécédents de sevrage alcoolique symptomatique[13].

Le topiramate constitue une autre option de deuxième intention, mais il est peu utilisé en raison de sa faible efficacité et de son profil d'effets indésirables. Le disulfiram, quant à lui, a été la première molécule commercialisée pour cette indication dans les années 1950. Son efficacité dépend toutefois d'une surveillance étroite de la prise. Il n'est plus utilisé ni commercialisé au Canada en raison d'une faible observance liée à ses effets indésirables[9-11].

Il n'existe pas de recommandation claire et officielle concernant la durée du traitement, quelle que soit la molécule prescrite. Le traitement pharmacologique est généralement prescrit pour 6 à 12 mois, avec une réévaluation des risques et bienfaits tous les 6 mois. Si aucun effet positif n'est noté après 3 mois, une réévaluation est recommandée. Si le patient tolère bien le traitement et continue d'en tirer des bienfaits, celui-ci peut être prolongé[2,5,6]. Pour maximiser l'efficacité du traitement pharmacologique, il est fortement recommandé de l'associer à des interventions psychosociales, comme dans la majorité des essais cliniques sur le sujet.

JE FAIS UNE RÉACTION : EST-CE QUE CE SONT MES MÉDICAMENTS ?

Les principaux effets indésirables liés au traitement de prévention des rechutes du TUA sont présentés dans le *tableau II*[1-15].

Sur le plan biochimique, la naltrexone nécessite idéalement un bilan hépatique complet (ALT, AST, GGT, PALC, PLT et INR) au début du traitement, après 1 mois (ALT seulement si le bilan de base est normal), puis annuellement[4,11,14]. La naltrexone est sûre lorsque les taux d'ALT sont inférieurs à cinq fois la limite supérieure de la normale ou chez les patients présentant une cirrhose de Child-Pugh B ou de stade inférieur[11,15].

Pour l'acamprosate et la gabapentine, aucun bilan précis n'est recommandé avant l'introduction ou pendant le suivi. Une surveillance annuelle de la fonction rénale peut toutefois être pertinente puisque la dose doit être ajustée selon le degré d'atteinte rénale. Si la consommation d'alcool demeure active, des bilans plus rapprochés et plus complets peuvent être indiqués en présence de certaines comorbidités (voir le guide de l'INESSS : *https://bit.ly/inesss-guo-sevrage-rechute*)[5,6,14].

Y A-T-IL UNE INTERACTION AVEC MES AUTRES MÉDICAMENTS ?

La naltrexone est contre-indiquée chez les utilisateurs chroniques d'opioïdes, car elle précipite un syndrome de sevrage en raison de son mécanisme d'action. Ainsi, il est important de s'informer de la consommation d'opioïdes du patient et de s'assurer que la dernière prise remonte à au moins cinq demi-vies de l'opioïde consommé[5,6,14].

ATTENTION !

La consommation d'alcool pendant la grossesse est associée à d'importants risques pour le fœtus, notamment un trouble de l'alcoolisation fœtale. Pour cette raison, l'abstinence complète doit être visée. Les données chez la femme enceinte sont limitées pour la plupart des molécules. Les approches psychosociales demeurent le traitement de première intention. Les molécules pharmacologiques doivent être prescrites avec une grande prudence, après une évaluation des risques et des bienfaits. La naltrexone est l'option considérée comme la plus sûre pendant la grossesse. Elle pourrait donc être poursuivie chez les patientes déjà sous traitement lorsque celui-ci demeure nécessaire, mais les données concernant son innocuité pendant la grossesse sont insuffisantes pour en recommander l'instauration. La gabapentine, le topiramate et le disulfiram sont à éviter. L'acamprosate est quant à lui généralement évité en raison d'un manque de données[2,14].

Pendant l'allaitement, la naltrexone serait également le traitement pharmacologique de premier choix. Son passage dans le lait maternel est faible. Les données sont limitées, mais rassurantes[2,14].

ET LE PRIX ? EST-CE SUR LA LISTE OU PAS ?

Tous les médicaments utilisés pour la prévention des rechutes de consommation d'alcool sont couverts par la RAMQ. Le prix et les principales particularités[14] de ces médicaments sont présentés au *tableau I*[1-15]. ▮

Date de réception : le 25 mai 2026
Date d'acceptation : le 8 juin 2026

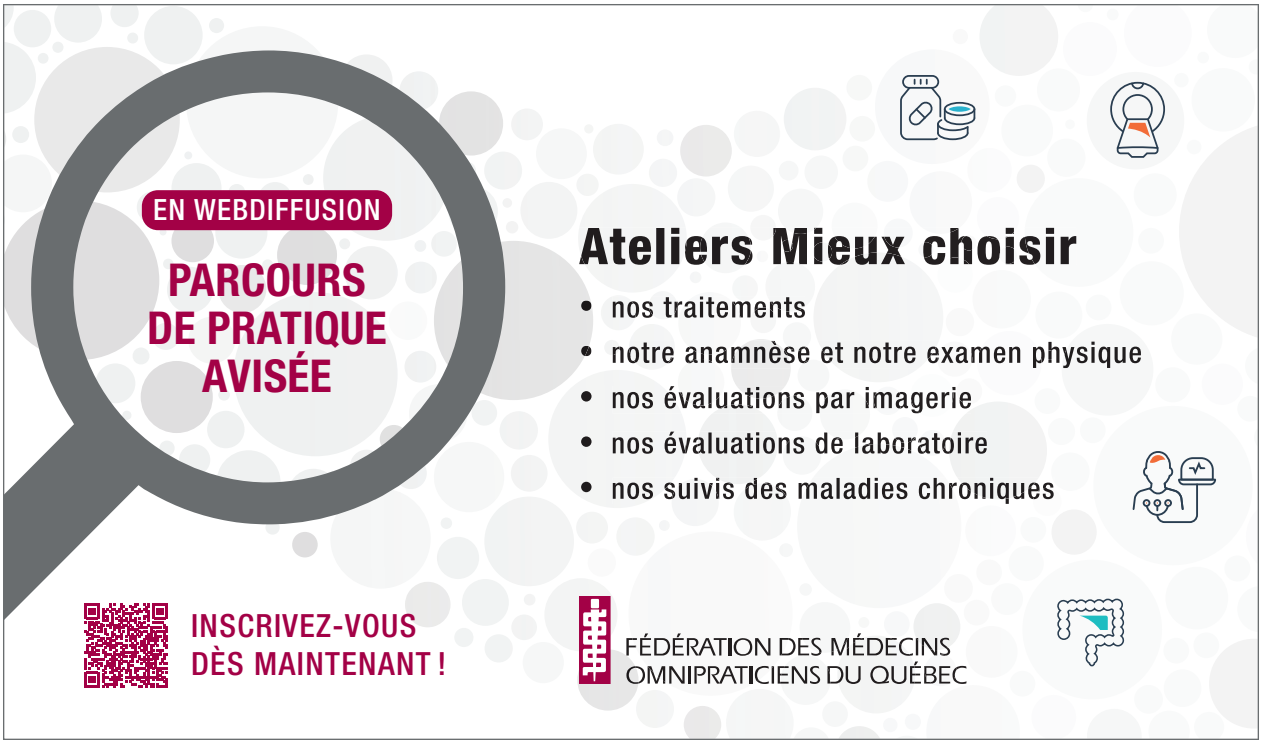
Les auteures n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wood E, Bright J, Hsu K et coll. Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ*. 2023 ; 195 (40) : E1364-E1379. DOI : 10.1503/cmaj.230715
2. Poorman E, McQuade BM, Messmer S. Medications for alcohol use disorder. *Am Fam Physician*. 2024 ; 109 (1) : 71-8.
3. Kranzler HR. Overview of alcohol use disorder. *Am J Psychiatry*. 2023 ; 180 (8) : 565-72. DOI : 10.1176/appi.ajp.20230488
4. Fairbanks J, Umbreit A, Kolla BP et coll. Evidence-based pharmacotherapies for alcohol use disorder: clinical pearls. *Mayo Clin Proc*. 2020 ; 95 (9) : 1964-77. DOI : 10.1016/j.mayocp.2020.01.030
5. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes : guide d'usage optimal*. Québec : INESSS ; 2021. 12 pages.
6. Awad C. *Initier un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool – rapport en soutien au protocole médical national et au modèle d'ordonnance collective*. Québec : INESSS ; 2021. 126 pages.
7. McPheeters M, O'Connor EA, Riley S et coll. Pharmacotherapy for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2023 ; 330 (17) : 1653-65. doi:10.1001/jama.2023.19761
8. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S et coll. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 ; (12) : CD001867. DOI : 10.1002/14651858.CD001867.pub3
9. Haber PS. Identification and treatment of alcohol use disorder. *N Engl J Med*. 2025 ; 392 : 258-66. DOI : 10.1056/NEJMra2306511
10. Rehm J, Assanangkornchai S, Hendershot CS et coll. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2025 ; 406 : 2269-81. DOI : 10.1016/S0140-6736(25)01496-5
11. Holt SR, Tobin DG. Pharmacotherapy for alcohol use disorder. *Med Clin North Am*. 2018 ; 102 (4) : 653-66. DOI : 10.1016/j.mcna.2018.02.008
12. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA et coll. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 ; 295 (17) : 2003-17. DOI : 10.1001/jama.295.17.2003
13. Anton RF, Myrick H, Wright TM et coll. Gabapentin combined with naltrexone for the treatment of alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2011 ; 168 (7) : 709-17. DOI : 10.1176/appi.ajp.2011.10101436
14. Vigilance Santé Inc. *RxVigilance* version d'août 2024 (logiciel). Repentigny (QC) : Vigilance Santé Inc. ; 2024 (consulté le 5 avril 2026).
15. Nielsen AS, Askgaard G, Thiele M. Treatment of alcohol use disorder in patients with liver disease. *Curr Opin Pharmacol*. 2022 ; 62 : 145-51. DOI : 10.1016/j.coph.2021.11.012

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Le patient n'a pas à être abstinent pour amorcer un traitement pharmacologique visant à diminuer sa consommation d'alcool.
- Le choix du traitement pharmacologique doit être adapté aux comorbidités du patient.
- Il est essentiel d'associer les traitements pharmacologiques à des interventions psychosociales pour optimiser les chances de succès à long terme.



Votre mieux-être à portée de clic

Retrouvez en un seul et même endroit de nombreuses ressources pour prendre soin de vous et être mieux outillé pour prendre soin des autres.

Rendez-vous sur la page Mieux-être de la FMOQ en scannant ce code QR

FORMATIONS EN LIGNE GRATUITES SUR CADUCÉE

- Prévenir le suicide : des outils pour repérer, intervenir et collaborer !
- Quand le médecin devient patient – Avoir un médecin comme patient
- La relation patient-médecin : établir des limites bienveillantes
- Le leadership en médecine familiale
- Autocompassion en action : neurosciences, ressources et pratiques
- Approcher un collègue en difficulté
- Tous ensemble pour le développement de la santé psychologique au travail des médecins et des équipes de soins
- Regrets, culpabilité et résilience
- Les différents visages de la collégialité et résilience
- Comment contrer le biais de négativité, un facteur d'érosion de la résilience
- Les chemins de la résilience (5 formations)

ARTICLES DANS *LE MÉDECIN DU QUÉBEC*

- Entrevue avec le président de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest – Mesures pour améliorer le bien-être des médecins
- Le mieux-être des médecins : une priorité – bases pour une nouvelle culture
- Résultats du Questionnaire santé en ligne – les médecins encouragés à faire plus d'exercice
- La santé et le bien-être des médecins

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

PERSONNE RESSOURCE À LA FMOQ
Dre Isabelle Noiseux
Directrice de la Formation professionnelle
inoiseux@fmoq.org

POUR QUE LA FORMATION CONTINUE

DOCTEUR, J'AI MAL À LA MÂCHOIRE !

ALAIN AUBÉ

Au Québec, la prévalence des douleurs à la mâchoire est estimée à 30 %[1]. Cette plainte, en apparence banale, peut toutefois découler de problèmes évoluant depuis de nombreuses années. Devant un patient présentant un trouble temporo-mandibulaire, il convient de distinguer les principaux tableaux cliniques afin d'établir un diagnostic différentiel, de soulager la douleur et d'orienter rapidement le patient vers les ressources appropriées.

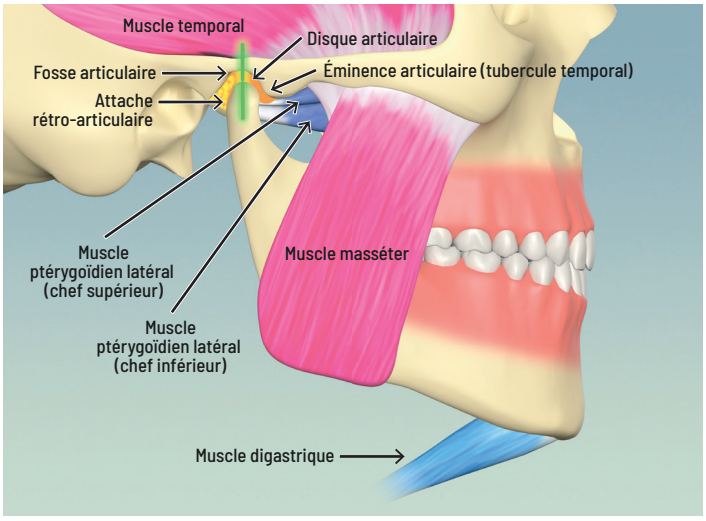
QU'EST-CE QU'UN TROUBLE TEMPORO-MANDIBULAIRE ?

Le terme « trouble temporo-mandibulaire » (TTM) regroupe des affections touchant l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), les muscles de la mastication et la mécanique occlusale, qui relie les dents, les muscles et les articulations (*figures 1* et *2*). Le mouvement de l'ATM est complexe : il associe un mouvement de rotation (charnière) et un mouvement de translation (glissement). Cette articulation est donc susceptible de subir des lésions. Des études d'IRM ont rapporté une faible fréquence de déplacements discaux des ATM durant l'enfance[2] et une proportion élevée à l'adolescence[3]. Un disque déplacé peut modifier la posture mandibulaire, perturber la trajectoire de fermeture, provoquer des interférences dentaires, favoriser des épisodes de blocage et, chez certains patients, contribuer à une dégénérescence articulaire. Le déplacement réductible (*figure 3A*) s'accompagne souvent d'une ouverture buccale déviée. La déviation peut être unilatérale ou prendre une forme en « S », soit une double déviation lorsque les deux disques présentent un déplacement différent. L'évolution peut mener à un déplacement non réductible (*figure 3B*), où le disque demeure en permanence en position antérieure ou latérale par rapport au condyle.

Les manifestations cliniques d'un TTM sont variables : douleur myofasciale, synovite, déplacement discal, blocage (*locking*), arthrose, limitation de l'ouverture, bruits articulaires et large éventail de douleurs référées (oreille, tête, cou, dents).

FIGURE 1

ANATOMIE DU SYSTÈME MASTICATEUR



Source : BiteFX. Autorisation de reproduction obtenue par l'auteur.

De nombreux patients vivent longtemps avec un TTM « silencieux » ou peu symptomatique, qui se manifeste par des bruits articulaires, une déviation mandibulaire, de la fatigue musculaire, une usure dentaire, des céphalées sporadiques ou des douleurs cervicales. À un moment donné, un facteur déclenchant (stress, épisode inflammatoire, serrement ou grincement des dents, trouble du sommeil) peut faire basculer le problème vers une douleur persistante.

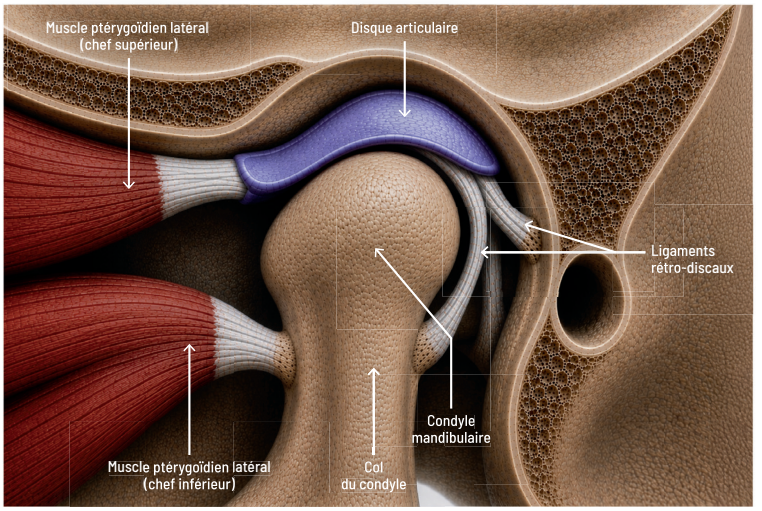
POURQUOI AUTANT DE TROUBLES TEMPORO-MANDIBULAIRES AUJOURD'HUI ? L'ORIGINE DE LA DOULEUR

On pourrait croire que les TTM sont une « maladie moderne » au sens psychologique du terme. En réalité, ces troubles résultent souvent de modifications du développement craniofacial et de la mécanique orofaciale au fil des générations. Une idée simple permet de comprendre ce phénomène : la

Le Dr Alain Aubé est dentiste généraliste en pratique privée et se consacre exclusivement aux soins et à l'enseignement des troubles de l'ATM et de l'occlusion dentaire.

FIGURE 2

ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE



Source : Image générée par intelligence artificielle (ChatGPT) à partir d'une requête de l'auteur.

mastication constitue un stimulus de croissance pour l'ensemble du complexe maxillo-facial. Lorsque ce stimulus diminue, les maxillaires se développent moins.

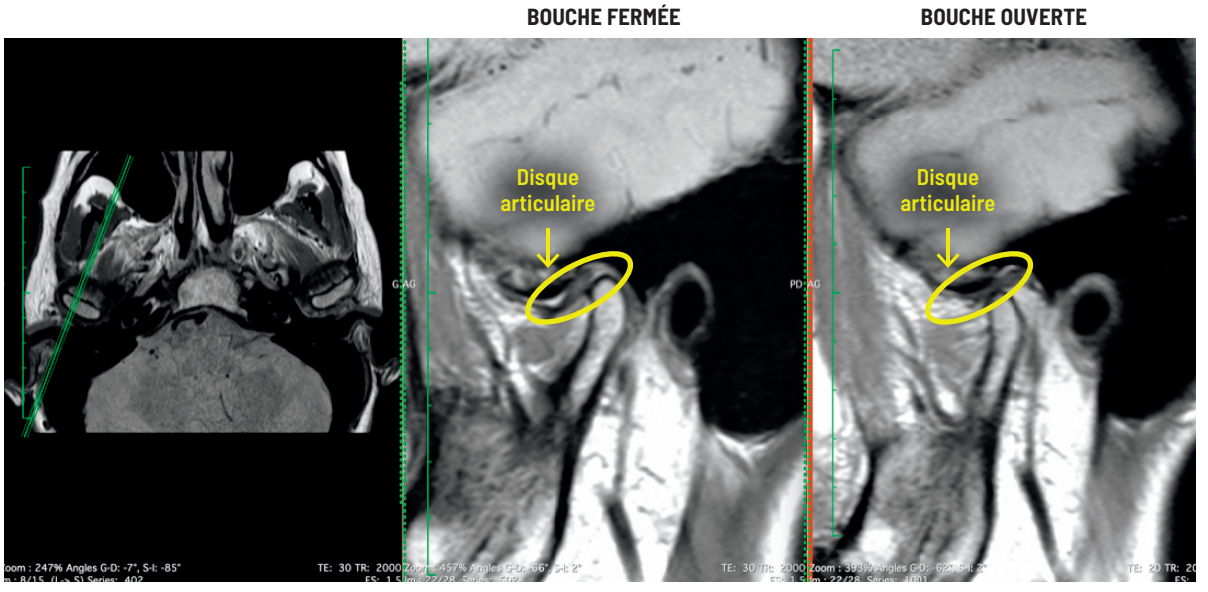
Au fil des siècles, l'alimentation s'est progressivement ramollie : cuisson, transformation et textures plus faciles à mâcher. Des auteurs ont montré que plusieurs problèmes dentaires actuels (malpositions dentaires, usure, maladies) s'inscrivent dans ce changement d'environnement et de fonction[4]. Au-delà des dents, des analyses crâniennes comparant des populations anciennes et contemporaines révèlent des différences de taille et de forme compatibles avec une diminution relative du développement maxillo-mandibulaire[5].

Les transitions de mode de vie s'accompagnent de modifications de la morphologie crânienne compatibles avec une réduction de la robustesse masticatoire[6]. À l'échelle clinique, des données suggèrent qu'une exposition plus précoce à des textures fermes, ainsi que certaines habitudes fonctionnelles, comme l'allaitement, pourraient être associées à un développement plus favorable des mâchoires (données exploratoires)[7].

La respiration et l'espace aérien s'invitent également dans l'équation. Une revue systématique avec méta-analyse a montré que la respiration buccale chez l'enfant est associée à des modifications du développement squelettique facial (tendance vers un visage plus long, un maxillaire plus étroit

FIGURE 3A

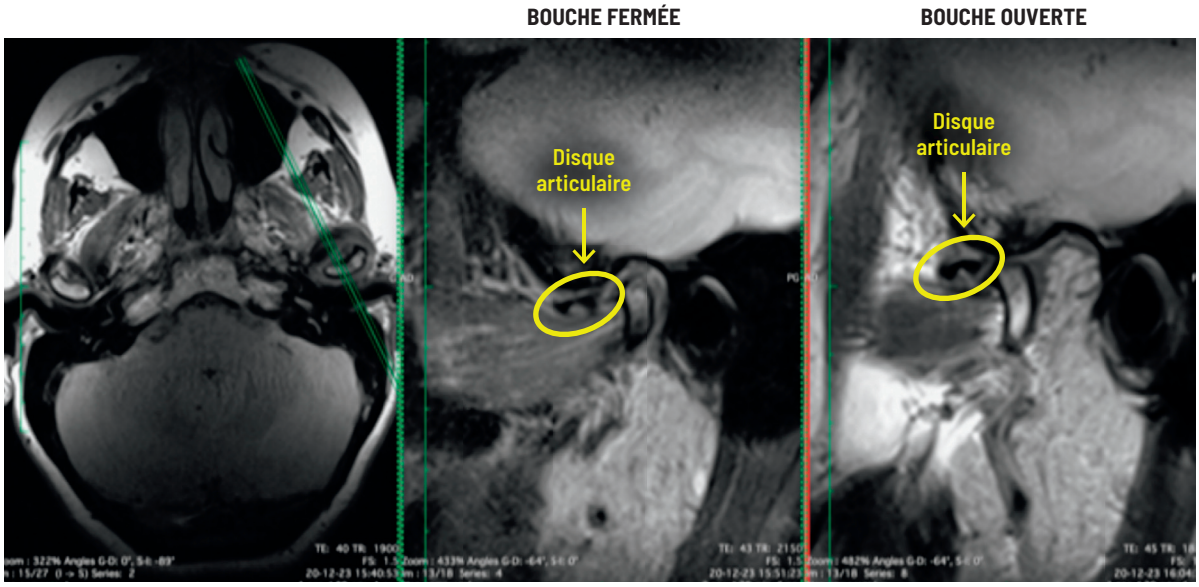
DÉPLACEMENT DISCAL AVEC RÉDUCTION



Source : Dr Alain Aubé, Clinique de l'Institut canadien d'occlusion

FIGURE 3B

DÉPLACEMENT DISCAL SANS RÉDUCTION



Source : Dr Alain Aubé, Clinique de l'Institut canadien d'occlusion

et une rétrognathie)[8]. Lorsque les voies aériennes et la posture linguale sont défavorables, les compensations fonctionnelles augmentent et la mécanique temporo-mandibulaire est souvent perturbée.

LES AMPLIFICATEURS MODERNES : ANXIÉTÉ, SOMMEIL ET MÉDICAMENTS

Un TTM peut être toléré pendant des années, puis devenir douloureux quand des amplificateurs ou facteurs aggravants s'ajoutent. Sur le plan comportemental, le « *mandible bracing* » (maintien de la mâchoire en tension) et le serrement diurne des dents sont fréquents. Une étude a mis en évidence une association entre le *bracing* ou le serrement auto-rapporté et l'anxiété[9]. En effet, une boucle de contrôle moteur et de vigilance accrue augmente la charge exercée sur les muscles masticateurs et l'ATM.

Le sommeil constitue un autre amplificateur central. Chez les adultes atteints d'apnée obstructive du sommeil, le bruxisme du sommeil est très fréquent : une étude polysomnographique à grande échelle en a estimé la prévalence à 50 %[10].

Enfin, plusieurs médicaments peuvent induire ou aggraver le bruxisme ou le serrement des dents. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont classiquement en cause : une revue systématique de cas publiés décrit le bruxisme associé aux ISRS et les stratégies proposées pour le prendre en charge[11]. Par ailleurs, une revue a synthétisé les médicaments et substances susceptibles d'induire ou d'atténuer le bruxisme du sommeil ou de l'éveil (notamment les psychostimulants)[12]. En première ligne, ce point est crucial : une douleur mandibulaire apparue après l'introduction d'un ISRS ou d'un psychostimulant doit faire envisager un facteur iatrogène modifiable.

CE QUE LE PATIENT DÉCRIT… ET POURQUOI CELA PEUT FAUSSER L'ORIENTATION

Le vocabulaire employé par le patient pour décrire ses symptômes peut nuire à la localisation de la douleur, celle-ci étant parfois perçue comme provenant de plusieurs régions (oreille, dent, sinus, tempe, derrière l'œil, cou) ou simplement décrite comme une douleur « à la mâchoire ».

Les TTM peuvent entraîner des douleurs référées. Il s'agit d'un motif fréquent d'orientation en ORL (otalgie). Pourtant, en l'absence de signes ORL évocateurs, l'otalgie est le plus souvent d'origine temporo-mandibulaire ou myofasciale.

Quatre profils cliniques se dégagent :

1. douleur myofasciale (sensibilité musculaire au niveau du masséter et du temporal) ;
2. douleur intra-articulaire (douleur de l'ATM à l'ouverture) ;
3. déplacement discal avec clic (parfois associé à un blocage intermittent) ;
4. arthrose ou atteinte dégénérative (crépitements, perte de fonction).

Ces tableaux se chevauchent souvent, et l'erreur la plus fréquente est de proposer une trajectoire d'orientation identique

à tous les patients. L'approche doit être individualisée en fonction du ou des diagnostics.

ÉVALUATION RAPIDE EN CABINET

Quelques questions ciblées permettent de préciser la cause : stress récent, mastication de gomme, consommation d'aliments durs, serrement des dents, douleurs au réveil, troubles du sommeil, traumatisme mandibulaire, antécédents de blocage, douleur dentaire.

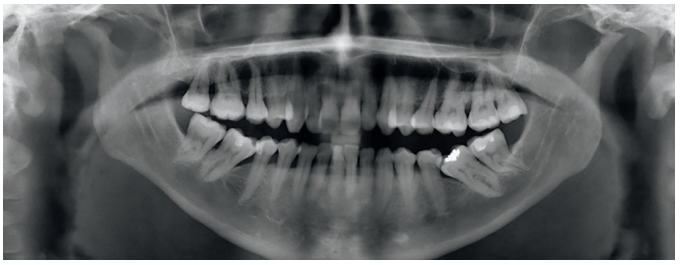
Les signes d'alerte à rechercher sont les suivants : fièvre, altération de l'état général, trismus progressif, tuméfaction, douleur dentaire intense, traumatisme récent avec suspicion de fracture ou de luxation, déficit neurologique, perte de poids, douleur nocturne atypique. Dans ces situations, une évaluation semi-urgente s'impose.

Un examen physique bref comprend la mesure de l'ouverture buccale, la palpation des muscles (masséters, ptérygoïdiens médial et latéral, temporaux) et la palpation des ATM à la recherche de bruits articulaires, de déviation ou de tuméfaction. Les valeurs normales de l'ouverture buccale se situent entre 40 mm et 55 mm.

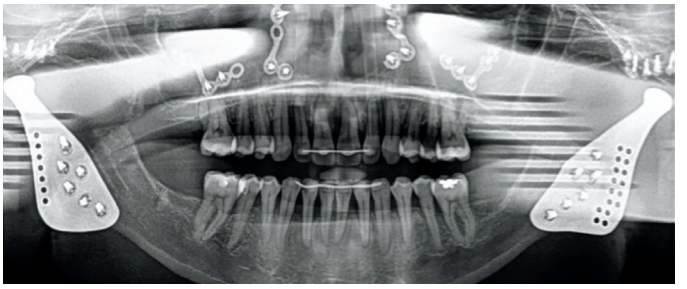
FIGURE 4

DÉGÉNÉRESCENCE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE ET PROTHÈSES ARTICULAIRES

A **Préopératoire**
Arthrose avancée et dégénérescence de l'articulation



B **Postopératoire**
Prothèses articulaires



Source : Dr Alain Aubé, Clinique de l'Institut canadien d'occlusion

MESURES DE SOULAGEMENT SIMPLES EN PREMIÈRE LIGNE

Dans la majorité des cas non urgents, un plan conservateur bien expliqué sur une période de 2 à 6 semaines améliore nettement la situation. Le principe : diminuer la charge, calmer l'inflammation et réentraîner le système neuromusculaire.

Les conseils d'usage à proposer aux patients sont les suivants :

- Repos relatif : éviter la gomme à mâcher, les aliments durs ou collants, la mastication prolongée, l'ouverture forcée (bâillement), l'appui du menton dans la main.
- Application de chaleur humide : 10 à 15 minutes, 2 à 4 fois par jour (ou application de glace en cas de douleur inflammatoire aiguë).
- Étirements doux sans douleur et exercices de contrôle moteur ; recourir à la physiothérapie en cas de limitation ou de raideur.
- Éducation posturale : lèvres fermées, dents séparées au repos, pauses régulières de relâchement au cours de la journée.
- Hygiène du sommeil, réduction des déclencheurs et dépistage de l'apnée lorsque le tableau clinique le suggère[10].

Le traitement médicamenteux constitue un soutien ponctuel et non une solution. Il vise à réduire la douleur afin de permettre aux mesures mécaniques d'agir. Voici des options thérapeutiques à envisager selon le profil de chaque patient :

- Acétaminophène : 500 mg à 1000 mg toutes les 6 à 8 heures au besoin (respecter la dose maximale selon le profil du patient).
- AINS en l'absence de contre-indication :
  - Naproxène : 500 mg, 2 fois par jour (souvent pendant 5 à 10 jours), à prendre avec un repas ; ou
  - Ibuprofène : 400 mg toutes les 6 à 8 heures au besoin ;
  - Envisager des mesures de protection gastrique en cas de facteurs de risque.
- Cyclobenzaprine : 5 mg à 10 mg au coucher pendant 5 à 10 jours en cas de spasme important ; prudence en raison de la sédation.
- Opioïdes : à éviter en pratique courante.
- Corticostéroïdes : envisager une corticothérapie de courte durée uniquement dans des cas sélectionnés, avec suivi et exclusion d'une infection.

ORIENTER VERS LES RESSOURCES APPROPRIÉES

De nombreux patients présentant une douleur temporo-mandibulaire reçoivent d'abord un traitement médicamenteux, puis sont orientés vers l'ORL ou la chirurgie maxillo-faciale. Bien que cette trajectoire puisse être pertinente dans certains contextes, elle ne permet pas toujours de répondre efficacement, en première intention, aux TTM les

plus fréquents, notamment lorsqu'une composante mécanique prédomine.

Une approche conservatrice est généralement privilégiée en première intention. À cette étape, les principales ressources à envisager sont :

- Un dentiste ayant une expertise en TTM et en occlusion : évaluation de la mécanique, des interférences, de la posture mandibulaire et des signes de bruxisme ou de serrement ; au besoin, confection d'une plaque occlusale ajustée, avec suivi.
- La physiothérapie ou la thérapie myofasciale : rééducation, contrôle moteur et approche cervico-mandibulaire.
- Au besoin : dépistage et prise en charge des troubles du sommeil[10], et révision du traitement médicamenteux si susceptible d'induire un bruxisme[11,12].

Lorsque les troubles persistent malgré une prise en charge adéquate en première ligne, d'autres options thérapeutiques peuvent être envisagées, notamment des injections de toxine botulinique (Botox), du biofeedback et, dans certains cas, des interventions chirurgicales.

La *figure 4* illustre une situation nécessitant une intervention chirurgicale dans un cas d'arthrose avancée et de dégénérescence de l'ATM.

QUAND APPROFONDIR L'ÉVALUATION OU ORIENTER RAPIDEMENT

Certaines situations doivent mener à des examens plus poussés ou à une orientation rapide vers une ressource compétente. Voici quelques exemples :

- blocage persistant, limitation fonctionnelle majeure ou épisodes répétés de blocage ;
- crépitements associés à une douleur et à une perte de fonction évoquant une arthrose active ;
- douleur persistante au-delà de 6 à 8 semaines malgré un traitement conservateur adéquat ;
- atteinte évoquant une arthrite inflammatoire systémique ;
- contexte évocateur d'une infection ou d'un traumatisme ou présence de signes d'alerte.

CONCLUSION

La douleur de la mâchoire peut avoir de multiples causes. Dans un contexte de prévalence élevée[1], des conseils simples et un recours judicieux au traitement médicamenteux[11,12] peuvent contribuer à une évolution favorable. Par la suite, le médecin de première ligne peut améliorer la trajectoire d'orientation en dirigeant les patients vers des professionnels possédant l'expertise requise pour traiter les TTM. ▮

Date de réception : le 26 février 2026
Date d'acceptation : le 17 avril 2026

Le Dr Alain Aubé exerce en pratique privée dans une clinique dentaire dédiée aux troubles de l'occlusion.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- Les troubles temporo-mandibulaires peuvent entraîner des douleurs référées et doivent être envisagés lors d'une plainte d'otalgie ou de douleur faciale ou dentaire.
- Les facteurs amplificateurs (stress, sommeil, traitement médicamenteux) sont fréquents et modifiables.
- Le rôle du médecin de première ligne consiste à amorcer un traitement conservateur et à orienter le patient vers les ressources professionnelles appropriées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goulet JP, Lavigne GJ, Lund JP. Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res.* 1995 ; 74 (11) : 1738-44. DOI : 10.1177/00220345950740110401
2. Paesani D, Salas E, Martinez A. Prevalence of temporomandibular joint disk displacement in infants and young children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 ; 87 (1) : 15-9. DOI : 10.1016/S1079-2104(99)70288-X
3. Nebbe B, Major PW. Prevalence of TMJ disc displacement in a pre-orthodontic adolescent sample. *Angle Orthod.* 2000 ; 70 (6) : 454-63. DOI : 10.1043/0003-3219(2000)070<0454:POTDDI>2.0.CO;2
4. Ungar PS. *Why we have so many problems with our teeth* (en ligne). New York : Scientific American ; 2020. Site Internet : *https://www.scientificamerican.com/article/why-we-have-so-many-problems-with-our-teeth* (consulté le 17 février 2026).
5. Dedouit F, Guglielmi G, Olier A et coll. Analysis of size and shape differences between ancient and present-day Italian crania using metrics and geometric morphometrics based on multislice computed tomography. *Forensic Sci Res.* 2017 ; 2 : 85-92. DOI : 10.1080/20961790.2017.1338041
6. Katz DC, Grote MN, Weaver TD. Changes in human skull morphology across the agricultural transition are consistent with softer diets in preindustrial farming groups. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2017 ; 114 (34) : 9050-5. DOI : 10.1073/pnas.1702586114
7. Boo Gordillo P, Marques Martinez L, Borrell Garcia C et coll. Relationship between nutrition and development of the jaws in children: a pilot study. *Children (Basel).* 2024 ; 11 (2) : 201. DOI : 10.3390/children11020201
8. Zhao Z, Zheng L, Huang X et coll. Effects of mouth breathing on facial skeletal development in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2021 ; 21 (1) : 108. DOI : 10.1186/s12903-021-01458-7
9. Saracutu OI, Manfredini D, Bracci A et coll. Self-reported mandible bracing and teeth clenching are associated with anxiety and depression traits in a group of healthy young individuals. *J Oral Facial Pain Headache.* 2024 ; 38 (4) : 85-90. DOI : 10.22514/jofph.2024.041
10. Li D, Kuang B, Lobbezoo F et coll. Sleep bruxism is highly prevalent in adults with obstructive sleep apnea: a large-scale polysomnographic study. *J Clin Sleep Med.* 2023 ; 19 (3) : 443-51. DOI : 10.5664/jcsm.10348
11. Garrett AR, Hawley JS. SSRI-associated bruxism: a systematic review of published case reports. *Neurol Clin Pract.* 2018 ; 8 (2) : 135-41. DOI : 10.1212/CPJ.0000000000000433
12. de Baat C, Verhoeff MC, Ahlberg J et coll. Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. *J Oral Rehabil.* 2021 ; 48 (3) : 343-54. DOI : 10.1111/joor.13061

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

VOUS ÊTES MEMBRES COTISANTS DE LA FMOQ

- Vous recevrez automatiquement la revue papier du *Médecin du Québec*.
- Vous ne désirez plus recevoir la revue papier ? Vous n'avez qu'à décocher la case « Copie papier de la revue *Le Médecin du Québec* » au *https://mon.fmoq.org/envois*.
- Vous aurez toujours accès à la revue en ligne.

VOUS NE RECEVEZ PLUS VOTRE REVUE ?

- Allez dans votre compte FMOQ et assurez-vous que vos coordonnées sont à jour.
- Votre adresse de correspondance est-elle bonne ? Privilégiez l'adresse de votre domicile.
- Le code postal est-il bon ?
- Avez-vous coché « Copie papier de la revue *Le Médecin du Québec* » au *https://mon.fmoq.org/envois* ?
- Si toutes les informations sont exactes, écrivez-nous à mq@fmoq.org.

VOUS PRENEZ VOTRE RETRAITE ?

- Vous devez aviser la FMOQ conformément aux indications se trouvant au *https://www.fmoq.org/guide-pratique-fmoq/lexique/aviser-la-fmoq-retraite*.
- Vous pouvez continuer à recevoir la revue papier pendant trois ans si vous le désirez.
- Vous aurez toujours accès à la revue en ligne.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

INFARCTUS DU MYOCARDE

UNE MALADIE DISTINCTE CHEZ LA FEMME ?

ÉRIC THORIN ET MARTIN JUNEAU



Les différences biologiques liées au sexe influencent la susceptibilité à de nombreuses maladies, dont les maladies cardiovasculaires. L'infarctus du myocarde illustre particulièrement bien cette réalité. Les dommages des gros vaisseaux liés au stress mécanique chronique[1] sont plus précoces chez les hommes, comme en témoigne l'apparition de la maladie cardiovasculaire symptomatique environ 7 ans plus tôt que chez les femmes[2]. Bien que l'infarctus du myocarde constitue la première cause de mortalité dans les deux sexes, un nombre significativement plus élevé d'hommes (15,7 %) que de femmes (12,3 %) en meurent chaque année[3].

CHRONOLOGIE DE LA MALADIE CORONARIENNE SELON LE SEXE

Au XVIII[e] siècle déjà, le médecin anglais William Heberden observait que l'angine de poitrine semblait toucher principalement les hommes. Cette perception s'est maintenue pendant plus d'un siècle. On sait aujourd'hui que cette différence reflète surtout un décalage dans l'apparition de la maladie coronarienne plutôt qu'une protection absolue des femmes. La fonction ovarienne semble jouer un rôle protecteur important dans ce décalage. Une décennie avant la ménopause, le risque d'infarctus du myocarde augmente de façon marquée chez les femmes et devient presque aussi élevé que chez les hommes.

Les premiers signes de plaques d'athérome sont visibles dès la vingtaine tant chez les hommes que chez les femmes[4]. Chez ces dernières, la prévalence demeure toutefois très faible et relativement stable jusque vers 40 ans, après quoi elle augmente presque aussi rapidement que chez les hommes. La croissance des plaques d'athérome se traduit par une diminution de la capacité des vaisseaux à se dilater

M. Éric Thorin, Ph. D., est professeur titulaire au Département de chirurgie de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal. Le D[r] Martin Juneau, M.D., F.R.C.P., est cardiologue et pratique à l'Institut de cardiologie de Montréal où il dirige l'Observatoire de la prévention de l'ICM.

en réponse au flux sanguin. Cette dysfonction apparaît une dizaine d'années plus tôt chez les hommes[5]. La dysfonction endothéliale contribue à la croissance des plaques d'athérome coronariennes. Ce même décalage s'observe jusque dans la mortalité liée à l'infarctus du myocarde, qui survient plus tôt chez les hommes que chez les femmes[6].

QU'EST-CE QUI EXPLIQUE CE DÉCALAGE ?

La fonction ovarienne et les œstrogènes constitueraient donc les principaux facteurs associés au risque cardiovasculaire plus faible observé chez les femmes. À l'époque de Heberden et jusque dans les années 1960, les facteurs de risque classiques des maladies cardiovasculaires, tels que l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète, pour ne citer qu'eux, n'étaient pas traités. Comme l'athérosclérose met des décennies à devenir symptomatique, le décalage d'environ 10 ans entre les sexes avait alors des conséquences particulièrement marquées. Les hommes pouvaient mourir d'un infarctus dès la cinquantaine, alors que les femmes demeuraient relativement protégées pendant plusieurs années encore.

Les femmes sont toutefois exposées à des facteurs de risque qui leur sont propres et qui influencent la survenue des maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Certaines maladies associées à la grossesse, telles que le diabète gestationnel, la prééclampsie et l'hypertension gestationnelle, constituent des facteurs de risque supplémentaires de dysfonction endothéliale prématurée. Le syndrome ovarien métabolique polyendocrinien (anciennement nommé syndrome polykystique ovarien), la ménopause prématurée et un nombre élevé de grossesses augmentent le risque de résistance à l'insuline, de dyslipidémie et d'obésité. Le diabète et le tabagisme sont associés à un risque plus élevé de maladie athéromateuse coronarienne chez la femme que chez l'homme. Plus préoccupant encore, lorsqu'une femme subit un infarctus, son risque de décès dans les 30 jours suivants est 75 % plus élevé que celui d'un homme, particulièrement à un jeune âge[7].

UNE COMPRÉHENSION ENCORE INCOMPLÈTE DE LA MALADIE ATHÉROMATEUSE CHEZ LA FEMME

Le recrutement des femmes dans les études cliniques a été fortement ralenti par un durcissement de la réglementation à la suite de la tragédie liée à l'utilisation de la thalidomide. Utilisé comme antiémétique chez la femme enceinte dans les années 1950, ce médicament a entraîné de très graves malformations congénitales chez des milliers d'enfants. Depuis une dizaine d'années, les organismes subventionnaires multiplient les campagnes de sensibilisation aux différences liées au sexe et au genre en médecine afin d'accroître la représentation des femmes dans les grandes études. Depuis, notre compréhension s'améliore, mais elle reste très limitée. Or, elle est essentielle à la mise au point de médicaments adaptés. Bien que les deux sexes répondent globalement de façon similaire aux traitements cardiovasculaires actuels, certaines affections médicales précises sont associées à une efficacité supérieure chez les hommes. D'autre part, les médicaments causent davantage d'effets indésirables chez les femmes, généralement en raison d'une exposition plus importante aux médicaments pour une même dose prescrite et d'une pharmacocinétique différente. Les statines, par exemple, provoquent des myalgies bien plus fréquentes et plus précoces chez les femmes.

DES DIFFÉRENCES BIOLOGIQUES ENTRE LES SEXES AUX IMPLICATIONS CLINIQUES INCERTAINES

La signature moléculaire de l'endothélium des artères après un infarctus récent diffère selon le sexe[8]. Chez la femme, cette signature est moins inflammatoire et est associée à un plus petit nombre de voies moléculaires liées au stress oxydant que chez l'homme. La structure de la plaque est également différente : elle est plus lipidique et moins stable chez les hommes et plus fibreuse et structurée chez les femmes[9]. Une étude récente[10] a montré que, chez les personnes de moins de 65 ans, il existe des différences importantes entre les sexes quant aux mécanismes à l'origine de l'infarctus. Dans cette population, l'incidence de l'infarctus est plus faible chez les femmes, un écart particulièrement marqué pour les infarctus d'origine athérothrombotique (23 contre 105 cas pour 100 000 personnes/an). En revanche, l'incidence de la dissection spontanée de l'artère coronaire est beaucoup plus élevée chez les femmes (3,2 contre 0,9 cas pour 100 000 personnes/an). Dans cette même étude, les femmes présentant une athérothrombose étaient du même âge que les hommes (55 ± 8 ans contre 54 ± 8 ans) et avaient une maladie coronarienne d'étendue comparable, mais elles présentaient davantage de facteurs de risque, notamment le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie.

POURQUOI Y A-T-IL URGENCE DE COMPRENDRE ?

En mars 2026, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié une mise à jour des données sur l'évolution de l'infarctus aigu du myocarde de 2006 à 2022[11]. En 2022, au Québec, 60 personnes étaient hospitalisées chaque jour pour un infarctus. Parmi les personnes ayant déjà été hospitalisées pour cette raison, 54 décédaient quotidiennement, toutes causes confondues. Ce taux de mortalité était quatre fois plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais été hospitalisées pour un infarctus.

Les données les plus préoccupantes concernent toutefois les personnes de 50 à 64 ans : si, dans la population générale, la proportion de nouveaux cas est restée stable par rapport à 2006, on a observé une augmentation de 23 % des nouveaux cas chez les femmes de 50 à 64 ans, mais une baisse de 16 % chez les hommes du même groupe d'âge. L'amélioration constatée chez les hommes est cohérente avec les avancées de nos connaissances et une meilleure prise en charge de la maladie. Mais chez près d'un quart des femmes, l'avantage d'une dizaine d'années dont elles bénéficiaient semble avoir disparu. Cette hausse du nombre de nouveaux cas, combinée à un risque de décès après un infarctus 1,7 fois plus élevé

que chez les hommes du même âge, indique une détérioration de l'état de santé cardiovasculaire des femmes. Les raisons sont multiples : en proportion, plus de femmes que d'hommes fument quotidiennement de 1 à 10 cigarettes ; l'obésité, le diabète, la sédentarité et le stress sont également en hausse, sans compter d'autres facteurs encore mal cernés.

Ces données illustrent toute la complexité des différences cardiovasculaires entre les femmes et les hommes. Même si la prévalence des maladies cardiovasculaires est moindre chez les femmes, elles courent un risque de décès presque deux fois plus élevé en cas d'infarctus. Or, l'infarctus demeure la première cause de mortalité chez la femme. Cet écart repose sur des différences moléculaires, mais nous ne disposons pas de connaissances suffisantes pour les relier à l'évolution différentielle de la maladie chez la femme. Il est pourtant essentiel de mieux comprendre ces liens. Nous savons aussi que les médicaments utilisés, bien que généralement efficaces, le sont parfois moins chez les femmes et entraînent davantage d'effets indésirables. ▮

BIBLIOGRAPHIE

1. Thorin E, Juneau M. La fréquence cardiaque au repos influence la santé vasculaire. *Le Médecin du Québec*. 2026 ; 61 (8) : 63-66.
2. Freedman AA, Colangelo LA, Ning H et coll. Sex differences in age of onset of premature cardiovascular disease and subtypes: the coronary artery risk development in young adults study. *J Am Heart Assoc*. 2026 ; 15 (3) : e044922. DOI : 10.1161/JAHA.125.044922
3. Institut de mesure et d'évaluation de la santé. *Sexe et infarctus du myocarde en 2025* (en ligne). Seattle : Institute for health metrics and evaluation ; 2026. Site Internet : https://bit.ly/vizhub-gbd (consulté le 17 avril 2026).
4. Agha AM, Bryant J-P, Marquez M et coll. The frequency of premature coronary artery disease identified on coronary CT angiography among patients presenting with chest pain at a single institution. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2019 ; 12 (2) : 372-4. DOI : 10.1016/j.jcmg.2018.08.011
5. Celermajer DS, Sorensen KE, Spiegelhalter DJ et coll. Aging is associated with endothelial dysfunction in healthy men years before the age-related decline in women. *J Am Coll Cardiol*. 1994 ; 24 (2) : 471-6. DOI : 10.1016/0735-1097(94)90305-0
6. Woodward M. Cardiovascular disease and the female disadvantage. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 ; 16 (7) : 1165. DOI : 10.3390/ijerph16071165
7. Cenko E, Yoon J, Kedev S et coll. Sex differences in outcomes after STEMI: effect modification by treatment strategy and age. *JAMA Intern Med*. 2018 ; 178 (5) : 632-39. DOI : 10.1001/jamainternmed.2018.0514
8. Mury P, Cagnone G, Dagher O et coll. Senescence and inflamm-aging are associated with endothelial dysfunction in men but not women with atherosclerosis. *JACC Basic Transl Sci*. 2024 ; 9 (10) : 1163-77. DOI : 10.1016/j.jacbts.2024.06.012
9. Sakkers TR, Mokry M, Civelek M et coll. Sex differences in the genetic and molecular mechanisms of coronary artery disease. *Atherosclerosis*. 2023 ; 384 : 117279. DOI : 10.1016/j.atherosclerosis.2023.117279
10. Raphael CE, Sandoval Y, Beachey JD et coll. Causes of myocardial infarction in younger patients: troponin-elevation in persons ≤ 65 years old in Olmsted County. *J Am Coll Cardiol*. 2025 ; 86 (12) : 877-88. DOI : 10.1016/j.jacc.2025.07.012
11. Blais C, Riopel-Meunier J, Rochette L. Portrait de l'infarctus aigu du myocarde de 2006 à 2022. Montréal : Institut national de santé publique du Québec ; 2026. DOI : 10.64490/HHOE8642

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

INDEX DES ANNONCEURS

FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA FMOQ

Abonnements 62

Ateliers d'échographie 40

Atelier : pratique avisée 55

Atelier pratique de l'AQMSE et de la FMOQ et atelier de prolothérapie 34

Caducée, l'alliée de votre formation en ligne 66

Congrès à venir 24

Formations accessibles sur le portail *Caducée.fmoq.org*

- ▷ Formations en ligne : approcher un collègue en difficulté ..... Couv. IV
- ▷ Formations en ligne récentes et à venir 15

INSPQ – ITSS 50

Mentorat FMOQ 11

PADPC-FMOQ ..... Couv. III

Protection des renseignements de santé par un médecin ii

Quiz annuel MQ 2025 46

Votre mieux-être à portée de clic 56

LUNDBECK

Rexulti 18

PLUME IA

Corporatif ..... Couv. II

THE STUDY

Corporatif 33

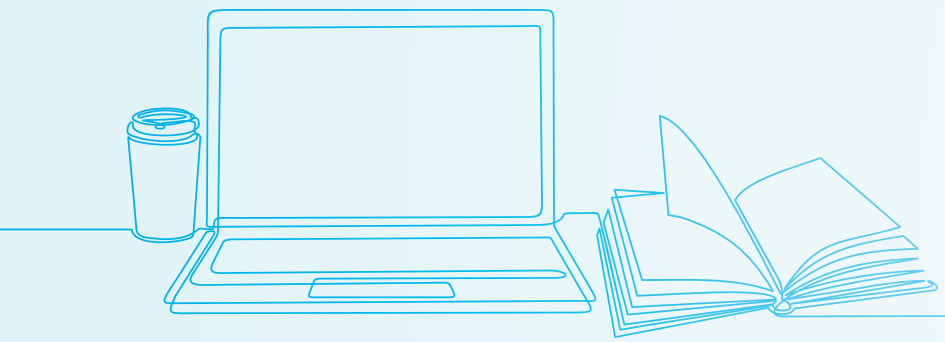
CADUCÉE,

l'alliée de votre formation en ligne

- 400 formations renouvelées chaque semaine
- Thèmes variés
- Heures de formation reconnues
- Flexibilité pour les horaires chargés
- Formation individuelle ou en groupe
- Balados disponibles à tout moment

Formez-vous à votre rythme !

Abonnez-vous
sur *caducee.fmoq.org*



Caducée



DEMANDES ANTICIPÉES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

ADAPTER LA RÉMUNÉRATION À UNE NOUVELLE RÉALITÉ CLINIQUE

BENOIT BRODEUR

Depuis le 30 octobre 2024, date d'entrée en vigueur des dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) permettant la formulation d'une demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM), le Québec a franchi une étape importante dans l'évolution de son régime de soins de fin de vie.

Pour les médecins de famille, cette nouveauté législative ne se limite pas à l'ajout d'un formulaire ou d'une procédure administrative. Elle transforme l'accompagnement clinique de certaines personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins, tout en introduisant de nouvelles responsabilités professionnelles, organisationnelles et médico-administratives.

UN CONTEXTE NOUVEAU

Depuis cette entrée en vigueur, la LCSFV distingue la demande contemporaine d'aide médicale à mourir (AMM), prévue pour une administration à court terme, de la DAAMM, formulée alors que la personne est encore apte, en prévision d'une inaptitude future. Cette dernière vise des situations précises (*encadré 1*).

Cette évolution amène les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées à accompagner la personne dans une démarche plus prospective. Ils doivent s'assurer que la personne comprend la portée de sa demande, qu'elle décrit dans ses propres mots des manifestations cliniques observables liées à sa maladie, qu'elle peut désigner des tiers de confiance si elle le souhaite et que la demande est ensuite déposée au registre tenu par la RAMQ. L'exercice clinique revêt donc une dimension à la fois médicale, relationnelle, éthique et administrative.

DES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES À NOTRE ENTENTE

Dans ce contexte, malgré les délais pour parvenir à une entente, les parties négociantes ont convenu d'adapter les mécanisme de rémunération afin de tenir compte de la réalité propre aux DAAMM. Les travaux ont notamment porté sur une modalité inspirée de l'intervention clinique réalisée à la suite d'une demande d'AMM, sur les formulaires encadrant la demande anticipée, y compris sa modification ou son retrait, ainsi que sur la rémunération des activités des groupes interdisciplinaires de soutien (GIS).

L'approche retenue s'inscrit dans la continuité des règles existantes applicables à l'AMM contemporaine, tout en reconnaissant les particularités d'une demande anticipée formulée en amont de l'administration éventuelle du soin. À l'instar de l'intervention clinique prévue pour une demande contemporaine d'AMM, les parties négociantes ont convenu d'adopter

ENCADRÉ 1

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ POUR FORMULER UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

La Loi concernant les soins de fin de vie établit les conditions pour formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir. Plus précisément, la personne doit :

- être majeure et apte à consentir aux soins ;
- être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie, sauf certaines exceptions prévues par la Loi ;
- être atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins ;
- faire la demande de son plein gré, sans contrainte ou pression de ses proches ou de quiconque ;
- faire la demande de manière éclairée, c'est-à-dire en toute connaissance de cause. Plus précisément, la personne doit avoir obtenu tous les renseignements sur sa maladie, notamment son évolution, les manifestations ou les symptômes et les traitements possibles pour soulager ses souffrances, si elles sont présentes ;
- pouvoir discuter de sa demande avec qui elle le souhaite.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux. *Conditions d'admissibilité pour formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir* (en ligne). Québec : MSSS ; 2025. Site internet : https://bit.ly/demande-aide-medicale

Le Dr Benoit Brodeur, omnipraticien, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

une modalité similaire pour la DAAMM. Cette intervention demeure assimilable, par son contenu clinique, à un examen, à une visite ou à une consultation. Elle comprend notamment la révision du dossier, les contacts avec la personne ou ses proches, l'information transmise, le soutien offert ainsi que les échanges nécessaires avec l'équipe de soins et les professionnels concernés.

L'INTERVENTION CLINIQUE : UNE RÉMUNÉRATION ADAPTÉE AU PROCESSUS ANTICIPÉ

La rémunération de l'intervention clinique vise à reconnaître le travail du médecin qui accompagne la personne dans le processus d'évaluation, que la demande soit contemporaine ou anticipée. Dans le cas d'une DAAMM, même si la tarification sur une base de temps demeure la même, l'intervention est souvent plus longue, peut nécessiter plus d'une rencontre et implique fréquemment plusieurs personnes. Elle comporte également une dimension particulière : le médecin doit apprécier les conditions prévues par la Loi, consigner la situation clinique actuelle, comprendre l'évolution prévisible de la maladie et aider la personne à exprimer, de façon suffisamment claire et observable, les manifestations cliniques qui guideront une éventuelle évaluation future.

Les adaptations discutées prévoient aussi que l'intervention clinique puisse s'appliquer, avec les ajustements nécessaires, lorsqu'un patient souhaite retirer une demande anticipée déjà formulée. Cette précision est importante puisque la possibilité de retirer ou de modifier une demande fait partie intégrante de l'autonomie de la personne et requiert un accompagnement professionnel adéquat.

Il faut souligner que l'intervention clinique pour l'AMM et celle liée aux DAAMM bénéficient d'une rémunération bonifiée par rapport à l'intervention clinique « régulière », son tarif étant établi à 43,60 $ par période de 15 minutes.

L'entente précise par ailleurs que le mentorat en AMM s'étend aux DAAMM. Les modalités de rémunération — incluant le formulaire de déclaration de l'administration, le formulaire relatif à une demande anticipée, le formulaire de retrait d'une demande anticipée, les démarches afférentes, le rapport de consultation du second médecin ainsi que les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments — peuvent être réclamées par deux médecins pour un même patient lorsqu'un médecin agit comme mentor ou fait l'objet d'un mentorat.

Trois types de mentorat sont reconnus : le mentorat pour l'évaluation et l'administration d'une AMM contemporaine, le mentorat pour l'évaluation d'une DAAMM et le mentorat pour l'administration de l'AMM découlant d'une demande anticipée. Le texte prévoit aussi des balises d'accès : par exemple, le médecin qui souhaite bénéficier d'un mentorat ne doit pas avoir réclamé plus de cinq interventions cliniques dans le contexte visé au cours des quatre années précédentes, que ce soit comme médecin évaluateur, médecin accompagnateur ou médecin appelé à donner une deuxième opinion.

LES FORMULAIRES : PLUS QU'UNE FORMALITÉ

Les formulaires associés aux DAAMM ont aussi fait l'objet de travaux spécifiques. Le formulaire relatif à une DAAMM et le formulaire de retrait d'une telle demande ne constituent pas de simples documents administratifs. Ils matérialisent la volonté de la personne, encadrent la conformité de la démarche et permettent le dépôt de la demande au registre de la RAMQ ou sa radiation.

Une rémunération distincte est prévue pour le formulaire relatif à une DAAMM ainsi que pour celui lié au retrait d'une telle demande. À titre indicatif, le tarif prévu pour le formulaire et les démarches afférentes à une demande anticipée est de 261,50 $, tandis que celui associé au formulaire de retrait et aux démarches connexes est de 52,30 $. Les codes d'acte correspondants devront toutefois être confirmés selon les textes finaux et les modalités publiées par la RAMQ.

LE RÔLE DU GIS : SOUTENIR LES MÉDECINS DANS UN CADRE EN ÉVOLUTION

Les GIS jouent déjà un rôle central dans l'accompagnement des professionnels appelés à intervenir en AMM. Les modifications apportées à la LCSFV ont d'ailleurs formalisé cette responsabilité en rendant obligatoire la constitution d'un GIS dans tout établissement public de santé et de services sociaux. Avec les DAAMM, leur contribution devient encore plus stratégique. Les situations cliniques peuvent être complexes et les enjeux éthiques nombreux, c'est pourquoi les étapes légales doivent être respectées avec rigueur. Les GIS peuvent donc soutenir les médecins dans l'analyse des situations, la compréhension des exigences légales et l'organisation des trajectoires de soins.

La rémunération de la participation des médecins de famille aux activités du GIS constitue un enjeu distinct. Elle vise à reconnaître le temps consacré aux rencontres, aux discussions de cas, au soutien interdisciplinaire et aux responsabilités organisationnelles qui dépassent la prestation clinique individuelle du médecin dans le cadre de l'AMM et des DAAMM. L'entente prévoit une rémunération équivalente à deux forfaits de 70,75 $ par heure de participation aux réunions du GIS, jusqu'à concurrence de huit forfaits facturables par demi-journée.

Comme pour la rémunération de la participation à d'autres comités, les réunions doivent faire l'objet d'un avis de convocation et comporter un ordre du jour. Les présences doivent être consignées, et un procès-verbal doit être préparé et remis aux membres. La participation peut se faire en présence ou au moyen d'une technologie permettant la participation à

distance. En cas de contrôle par la RAMQ, les présences doivent pouvoir être vérifiées à partir du procès-verbal ou, à défaut d'une prise de présence contemporaine à la réunion, au moyen d'une attestation de présence du directeur médical des services professionnels (DMSP) ou de la personne qu'il désigne.

OBJECTION DE CONSCIENCE : RAPPEL

La Fédération reçoit régulièrement des demandes d'information de médecins qui ne souhaitent pas participer au processus lié aux DAAMM ni à celui de l'AMM contemporaine. Il importe de rappeler que la responsabilité de trouver un professionnel compétent disposé à offrir ces services ne revient pas au médecin qui invoque un refus fondé sur ses convictions personnelles. Les articles 50 et 31 de la LCSFV (*encadré 2*) sont clairs à cet égard. L'article 50 prévoit qu'un professionnel compétent peut refuser d'administrer l'AMM ou d'y participer pour des motifs liés à ses convictions personnelles. Il doit toutefois respecter la procédure prévue à l'article 31 de cette même loi. Cette disposition précise que le professionnel doit aviser le président-directeur général (PDG) de l'établissement de son territoire, ou la personne qu'il désigne. Il appartient alors à ce dernier de faire les démarches nécessaires afin de trouver, le plus tôt possible, un professionnel compétent qui accepte de prendre le relais.

CONCLUSION

L'entrée en vigueur des DAAMM constitue une évolution importante du cadre québécois des soins de fin de vie. Pour les médecins de famille, elle instaure un processus exigeant qui dépasse largement la simple formalité administrative. La DAAMM requiert une compréhension rigoureuse des nouvelles obligations légales, une documentation clinique précise, un accompagnement attentif de la personne ainsi qu'une coordination avec ses proches et les autres intervenants du réseau. Dans ce contexte, les ajustements de rémunération prévus visent à reconnaître le travail requis, tant pour les activités cliniques liées aux DAAMM que pour la participation des médecins aux travaux des GIS. ▮

DES OUTILS DE RÉFÉRENCE ET DE FORMATION

- https://bit.ly/caducée-cours
- https://bit.ly/cmq-daamm
- https://bit.ly/msss-daamm
- https://bit.ly/msss-gis

ENCADRÉ 2

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE (LCSFV)

50. Un professionnel compétent peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif.

Ces professionnels doivent alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à leur code de déontologie et à la volonté de la personne.

Le professionnel compétent doit en outre respecter la procédure prévue à l'article 31.

2014, c. 2, a. 50 ; 2023, c. 15, a. 40.

31. Tout professionnel compétent qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement doit aviser le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir dans les cas suivants :

1° il refuse une demande pour un motif non fondé sur l'article 29 ou l'article 29.19 ;

2° il refuse de prêter assistance à une personne pour la formulation d'une demande anticipée en application de l'article 29.3 ou pour le retrait d'une telle demande en application de l'article 29.11 ;

3° il refuse d'effectuer l'examen exigé par l'article 29.13, 29.14 ou 29.15.

Le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un professionnel compétent qui accepte de remédier à la situation.

Si le professionnel compétent exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, il doit plutôt transmettre l'avis de son refus au directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au président-directeur général de l'établissement territorial de Santé Québec qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée. Le professionnel lui transmet, le cas échéant, le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Les démarches visées au deuxième alinéa sont alors entreprises.

Dans le cas où aucun établissement territorial de Santé Québec ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne, l'avis mentionné au troisième alinéa est transmis au directeur général de l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire ou à la personne qu'il a désignée.

2014, c. 2, a. 31; 2023, c. 15, a. 22 et 58; 2023, c. 34, a. 1413.

DOCTEURE… ET BIENTÔT PARENT !

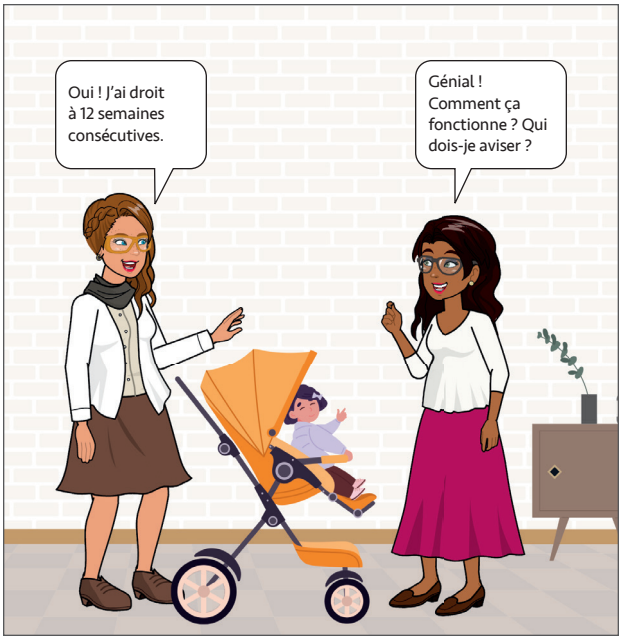


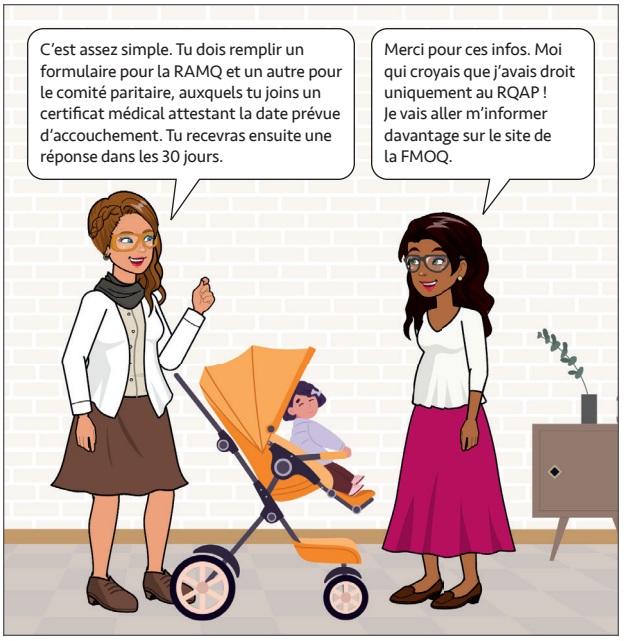
Nom : Émilie Lavoie
Âge : 31 ans

Nom : Mariève Lafrance
Âge : 29 ans









EXPLICATION

Le congé parental comprend un financement par le RQAP et un programme d'allocation négocié par la FMOQ. Le *Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption* (Annexe XVI) offre aux médecins admissibles des allocations lors d'un congé de maternité ou d'adoption. Le médecin qui a cumulé au moins 10 semaines de rémunération dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) peut présenter une demande. Pour commencer à recevoir les allocations au début de la période de congé, il est préférable de déposer sa demande 6 à 8 semaines avant la date prévue du congé. La demande doit être déposée au plus tard 20 semaines après l'accouchement ou la prise en charge de l'enfant adopté. Le médecin a droit à 12 semaines d'allocations pour la maternité ou à 6 semaines pour l'adoption. Les formulaires, conditions d'admissibilité et renseignements complémentaires sont accessibles sur le site de la FMOQ : https://bit.ly/conge-de-maternite-ou-dadoption. ▮

Mme Marie-Pier Lefrançois-Tanguay et Mme Marianne Casavant travaillent à la Direction de la planification et du développement organisationnel de la FMOQ.

Le **PADPC-FMOQ,** pour remplir rapidement vos obligations de formation continue !



- **Portefolio de vos activités** de développement professionnel continu
- **Outil gratuit** pour les membres de la FMOQ et les médecins résidents
- **Enregistrement automatique** de tous les crédits octroyés par la FMOQ et ses associations
- **Ajout possible** de toutes vos autres activités admissibles reconnues (type A et B) ou non reconnues (type C)
- **Accès aux activités d'évaluation** de l'exercice de la profession, dont l'annexe 13
- **Transfert facile** de vos activités vers la plateforme du CMQ

Inscrivez-vous à notre formation GRATUITE et accréditée sur vos obligations de formation continue et le PADPC-FMOQ

PADPC – FMOQ

Approcher un collègue en difficulté



Une formation conçue par un comité scientifique composé de représentantes du PAMQ, de la FMSQ et de spécialistes détenant une expertise dans le domaine.

1 heure d'activité de formation reconnue

Ce cours est également admissible à 1 heure d'activité de formation en psychothérapie en conformité avec le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* du CMQ.

Au terme de cette formation, le participant sera en mesure de :

- décrire les avantages à approcher un collègue avec bienveillance ;
- reconnaître les facteurs de risque personnels et professionnels pouvant engendrer de la détresse et les signes qui en découlent ;
- développer une approche bienveillante ;
- utiliser les bons outils et les bonnes ressources pour s'assurer qu'il obtient l'aide dont il a besoin.

Visitez la page Mieux-être conçue par le Comité du mieux-être au travail des médecins. Elle vous propose un éventail de ressources pour prendre soin de vous, viser l'épanouissement et la satisfaction au travail et être mieux outillé pour prendre soin des autres.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

FMSQ

En collaboration avec :

PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC