



Les Troubles de la personnalité

Journée de formation INSPQ

ÉVENS VILLENEUVE, MÉDECIN PSYCHIATRE

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC

CIUSSS CAPITALE-NATIONALE

Titre et date de la conférence : [La surveillance des troubles mentaux à partir des données du](#)
Nom du conférencier : [Système intégré de surveillance des maladies chroniques du](#)
[Québec \(SISMACQ\) – 5 novembre 2015](#)

FORMULAIRE DE DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT POTENTIELS

Déclaration de la personne ressource

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou je reçois une rémunération ou des redevances ou des octrois de recherche d'une société commerciale :

non

oui

Si oui, précisez :

Type d'affiliation :	Nom de la compagnie :	Période :
-	-	-
-	-	-
-	-	-

PLAN

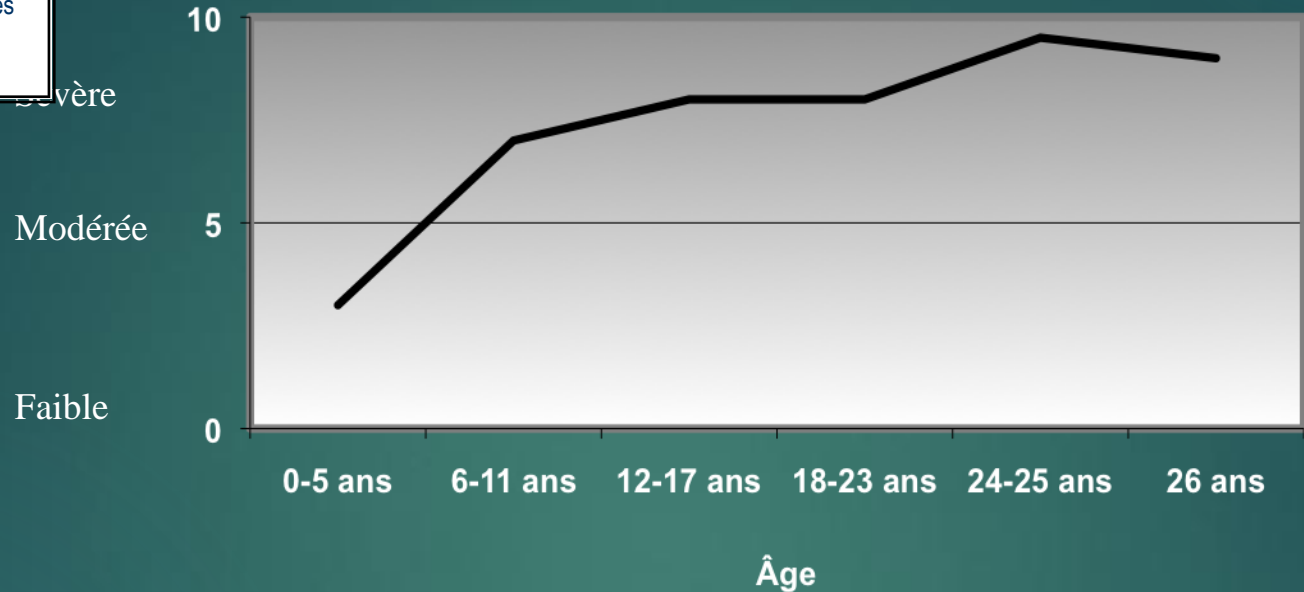
Surveillance des troubles de la personnalité

► Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

1. DSM-5 aujourd'hui et évolution attendue (DSM-5.1)
2. Description des principaux troubles du groupe B
3. Courte explication sur ce qu'est la personnalité et un trouble de personnalité
4. Comorbidité
5. Les lieux de traitement et de diagnostic
6. Les lignes directrices du traitement
7. Évolution et pronostic
8. Questions

Détresse, symptômes et antécédents

Intensité des
symptômes
et de la
détresse



Liste des événements liés à la détresse selon l'âge

Enfance :

- À 5 ans, séparation des parents;
- Vers 7 ans, 1^{ère} rencontre avec un psychologue : la jeune fille a du mal à en préciser le motif mais se décrit comme une enfant turbulente, impulsive, colérique, agressive.

Enfance & adolescence :

- Multiples consultations en psychologie.
- Idées suicidaires, désir de mort.
- À 12-13 ans, elle se dit de plus en plus révoltée, fait des fugues, débute la consommation de cannabis.
- N'arrive pas à terminer son DEP.

Adulte :

- Même emploi en restauration depuis 7 ans.
- Vit seule en appartement mais difficultés à tolérer la solitude.
- Importantes difficultés relationnelles.
- Consommation plus problématique de cannabis depuis l'âge de 20 ans.
- Hospitalisation de 4 mois l'an dernier pour dépression; Dx de TPL alors posé.
- Risque élevé de passage à l'acte suicidaire, impulsivité.

Approche catégorielle

Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité ?

▪ DSM 5

A. Mode durable d'expériences intérieures de soi et des comportements

Dévie de la culture et manifesté dans 2 ou plus des domaines suivants

1. Cognitions (façon de percevoir ou d'interpréter soi, les autres ou les événements)
2. Affectivité (étendue, variabilité, intensité et l'adéquacité des réponses émotionnelles)
3. Fonctionnement interpersonnel
4. Contrôle de l'impulsivité

B. Envahissant, rigide et mal adapté

C. Source de souffrance ou de dégradation du fonctionnement

D. Stable dans le temps et de longue durée

Apparaît à l'enfance, adolescence ou au début de l'âge adulte

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

DSM-5

TP évitant
TP Obsessionnel-compulsif
TP Dépendant

ANXIEUX
Groupe C

- Inhibition sociale
- Crainte de critiques
- Anxiété de performance
- Rigidité

TP Histrionique
TP Narcissique
TP Limite
TP Antisocial

DRAMATIQUE
Groupe B

- Impulsivité
- Émotivité intense
- Instabilité
- Troubles relationnels

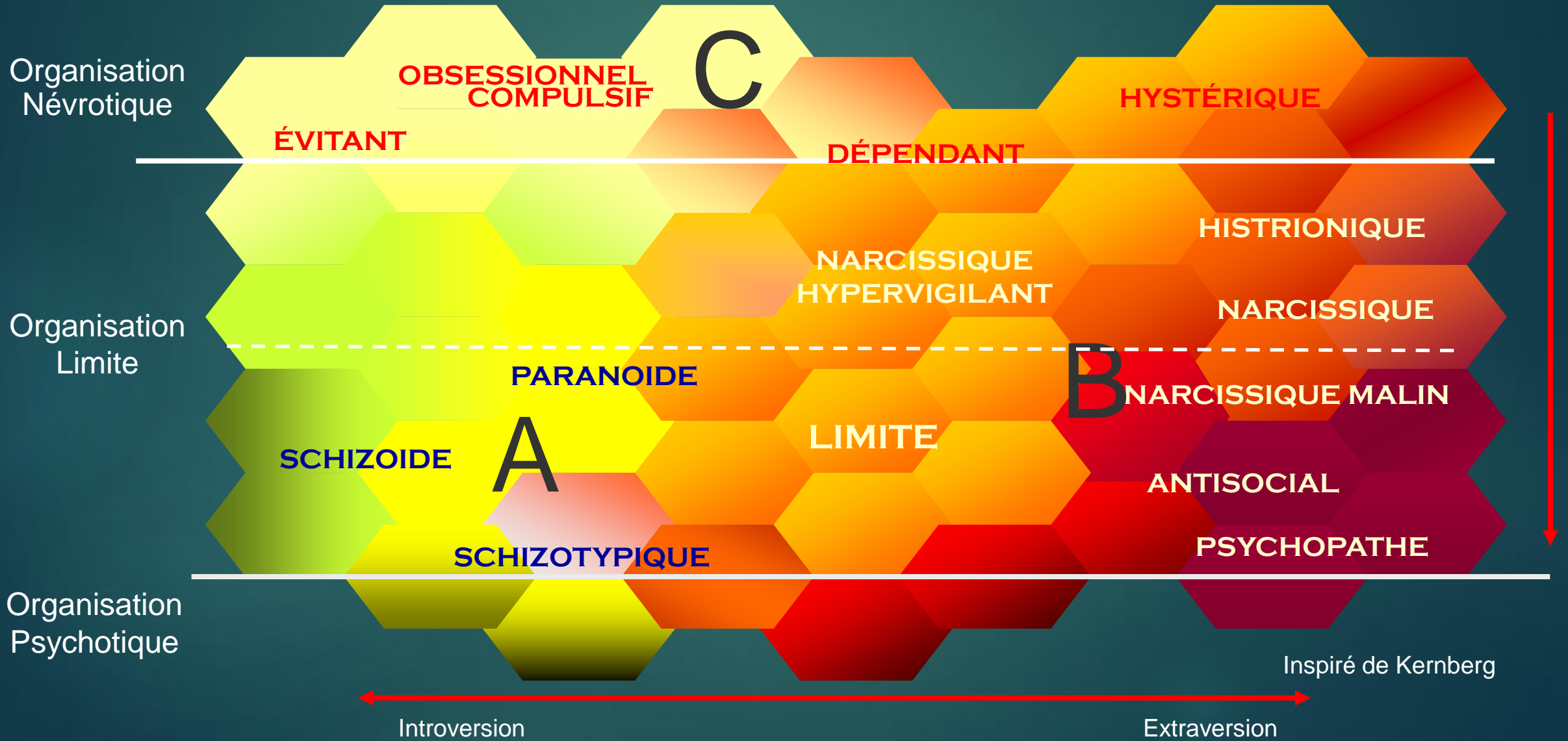
TP Schizoïde
TP Schizotypique
TP Paranoïde

BIZARRE
Groupe A

- Forte anxiété sociale
- Méfiance / paranoïa
- Excentricité
- Froideur / détachement

Les modèles de trouble de la personnalité occidentaux semblent un modèle applicable à toutes les cultures

Les appellations des TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ



PRÉVALENCES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Baltimore USA (1989-1998)

Oslo NORVÈGE

10 Études(1994-1997)

Trouble de personnalité DSM-III-R et DSM-IV	J.Samuels 2002 N=742 W:63% HM:37% 34-94 years IPDE+Tiers	S.Torgersen 2001 N=2053 W :55.6% HM:44.4% 18-65 year SIDP-R	USA-Europe N :3787 229-799 Median Multi instruments+ Interviews
Paranoïde	0.7%	2.4%	.9%
Schizoïde	0.9%	1.7%	0.6%
Schizotypique	0.6%	0.6%	0.7%
Groupe -A	2.1%	4.1%	
Limite	0.5%	0.7%	1.35%
Histrionique	0.2%	2.0%	2.1%
Narcissistique	0.03%	0.8%	0.2%
Antisocial	4.1%	0.7%	0.8%
Sadique	---	0.2%	0%
Groupe -B	4.5%	3.1%	---
Obsessionnel-compulsif	0.9%	2.0%	2.1%
Évitant	1.8%	5.0%	1.2%
Dépendant	0.1%	1.5%	1.25%
Passif-agressif	---	1.7%	1.7%
Self-defeating	---	0.8%	0.4%
Groupe -C	2.8%	9.4%	---
Tout trouble de personnalité	9.0%	13.4%	14.5%

Prévalence à vie TPL ➡ aucune différence entre les hommes (5.6%) et les femmes (6.2%): Grant et al.,2008

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le rendez-vous remis

DSM-5.1 !!!

TP évitant

TP Obsessionnel-compulsif

TP Narcissique

TP Limite

TP Antisocial

TP Schizotypique

OPTIMAD-TP

- « Outil de Planification Thérapeutique Intégrant la Motivation, l'Alliance et les Dimensions du DSM-5 »
- L'objectif était de se doter d'un outil pouvant faciliter la transition vers le DSM-5.

OPTIMAD-TP

(Outil de Planification Thérapeutique Intégrant Motivation/Alliance/Dimensions du DSM-5 pour le Trouble de la Personnalité)

Nom : _____
 DN : _____ NAM : _____
 Évaluateur : _____
 Date : _____

CRITÈRE A :
 (Atteinte Fonctionnelle)
 *Voir description au verso

SELF Sévérité (0 à 4)

Identité

Autodétermination

INTERPERSONNEL

Empathie

Intimité

CRITÈRE B :
 (Traits et Domaines)

ANTAGONISME Sévérité (0 à 3)

Manipulation

Malhonnêteté

Grandiosité

Recherche d'attention

Insensibilité

Hostilité

DÉSINHIBITION

Irresponsabilité

Impulsivité

Distractibilité

Prise de risques

Perfectionnisme rigide

NÉGATIVISME ÉMOTIONNEL

Labilité émotionnelle

Anxiété

Insécurité de séparation

Persévération

Soumission

Hostilité

Tendance dépressive

Méfiance

Restriction des affects

DÉTACHEMENT

Restriction des affects

Retrait social

Anhédonie

Évitement de l'intimité

Tendance dépressive

Méfiance

PSYCTM

Exp/croyances inhabituelles

Excentricité

Troubles cognitifs/perceptuels

DIAGNOSTIC MULTIAXIAL (DSM-5)

Axe I: _____

Axe II: _____

Axe III: _____

Axe IV: _____

Axe V: _____

➤ **MOTIVATION AU CHANGEMENT**
 (Cycle du Changement)

➤ **PERSPECTIVE D'ALLIANCE**

Très difficile

Difficile

Bonne

Très bonne



PLAN D'INTERVENTION

COMPLÈMENT D'ÉVALUATION

2^e avis (spécifier consultant) _____

Évaluation fonctionnelle _____

Neuropsychologie _____

Dangereusité (ex : PCL-R) _____

Investigations biologiques _____

SYMPTÔMES-CIBLES

STRATÉGIES PHARMACOLOGIQUES

STRATÉGIES D'INTERVENTION

Gestion de la dangereusité _____

Cadre et Limites _____

Limiter bénéfices secondaires _____

Mesures comportementales _____

Rôle Productif _____

Contrôle de la toxicomanie _____

Prescripteur, pharmacie désignés _____

Autres _____

PSYCHOTHÉRAPIE

Aucune (ou prématurée) _____

Approche motivationnelle _____

Thérapie de soutien _____

DBT (dialectique-béaviorale) _____

MBT (basée sur la mentalisation) _____

SFT (basée sur les schémas) _____

TFP (basée sur le transfert) _____

Autres _____

PERSONNALITÉ

Gènes
Développement
Capacités cognitives

TEMPÉRAMENT

ENVIRONNEMENT

Famille
Milieu social
École
Stresseurs
Traumatismes
Valeurs

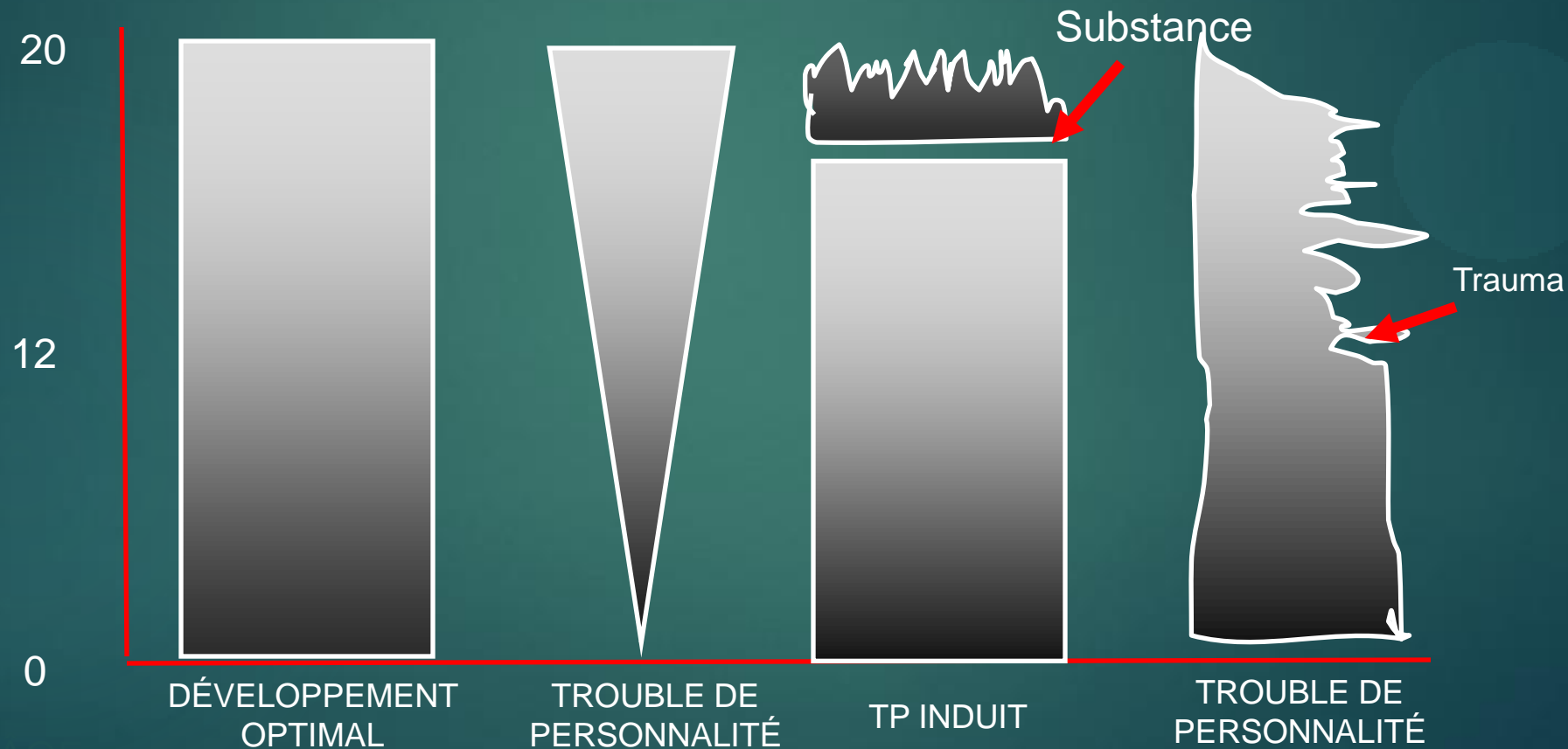
- Honnêteté / mensonge
- Respect de la justice
- Respect des autres

DEVELOPPEMENT

Développement de la personnalité

La personnalité = un Processeur

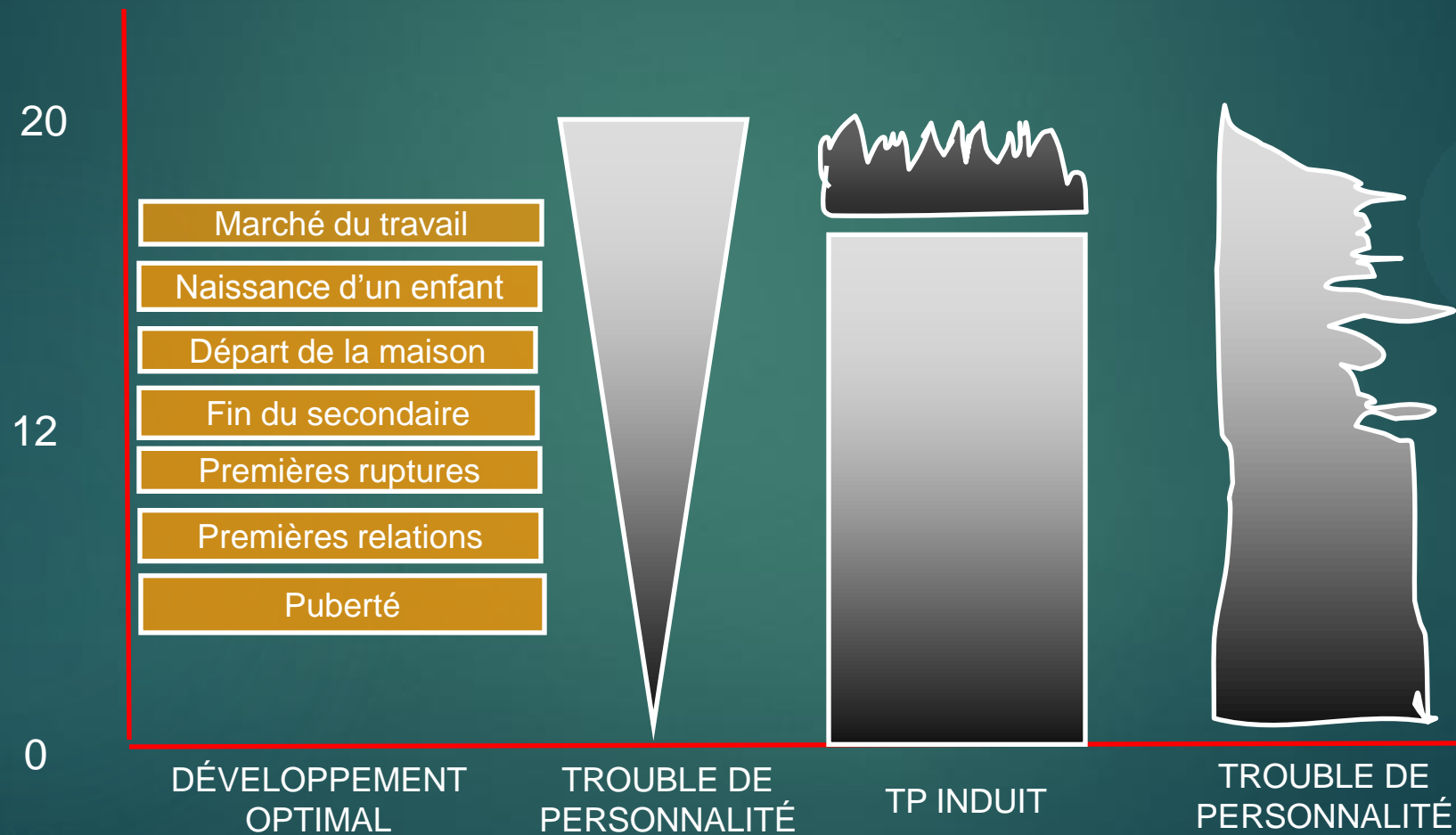
Le processeur, l'« Unité centrale de traitement », est le composant essentiel d'un ordinateur qui interprète les instructions et traite les données d'un programme, associé aux mémoires primaires (premières années de vie) et aux dispositifs d'entrée/sortie (vie actuelle)



Troubles de la personnalité

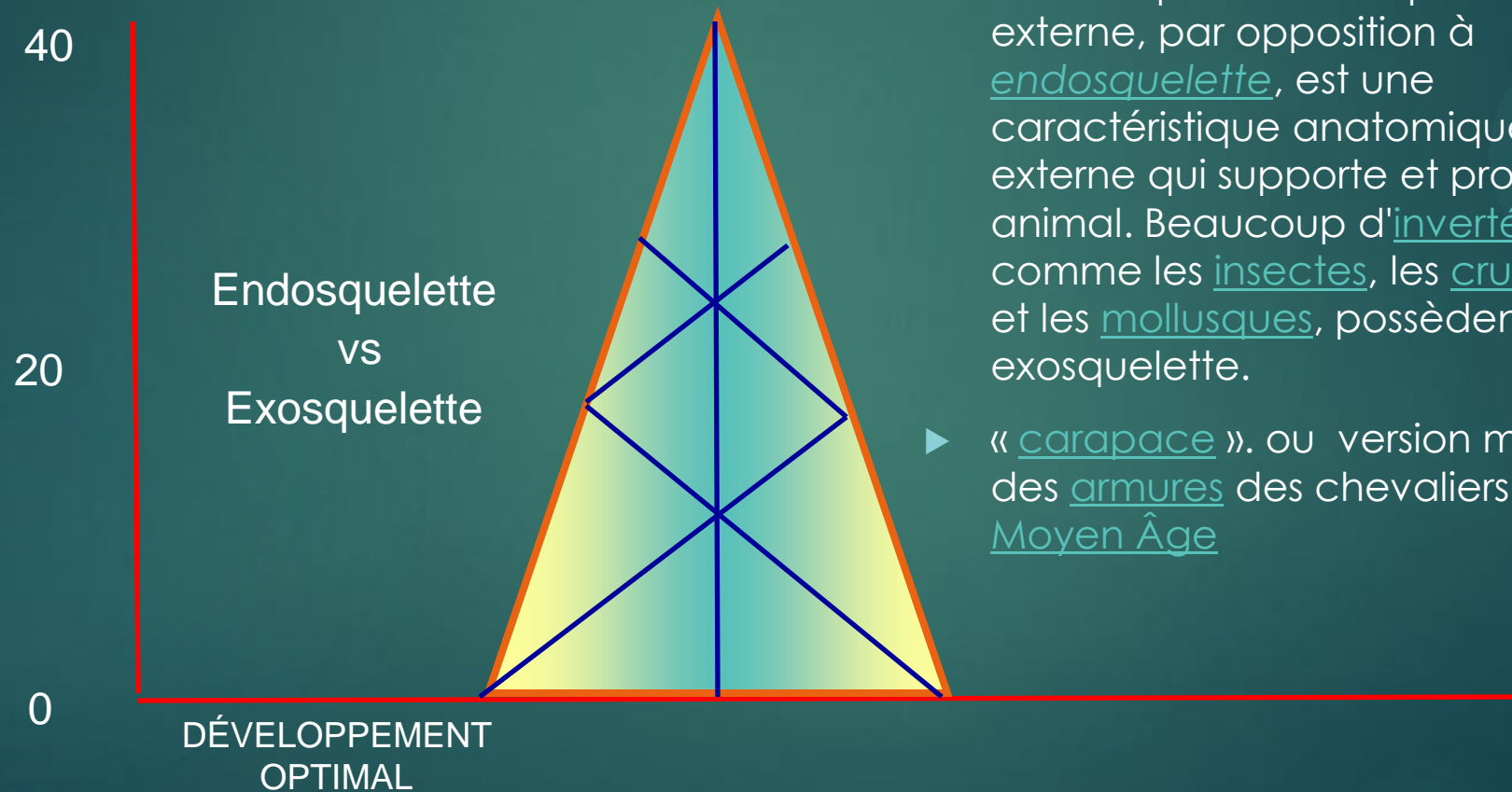
Déclencheurs:

Appels pour la vie ordinaire (philosophes) "Liebe and Arbeit" ou Aimer et travailler (Freud)



Développement de la personnalité

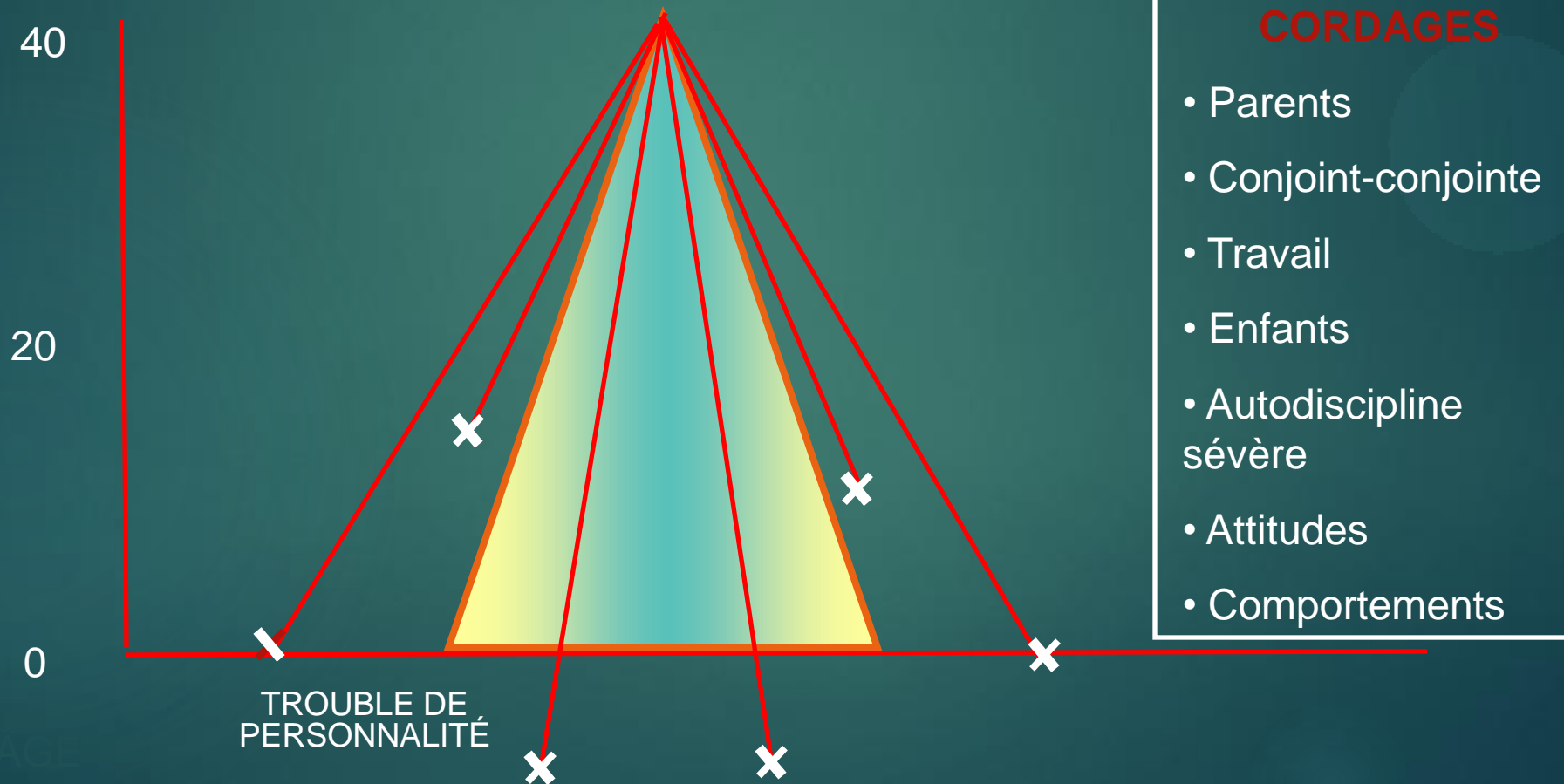
Endosquelette affectif chez une personnalité mature



- ▶ Un exosquelette ou squelette externe, par opposition à endosquelette, est une caractéristique anatomique externe qui supporte et protège un animal. Beaucoup d'invertébrés, comme les insectes, les crustacés et les mollusques, possèdent un exosquelette.
- ▶ « carapace ». ou version moderne des armures des chevaliers du Moyen Âge

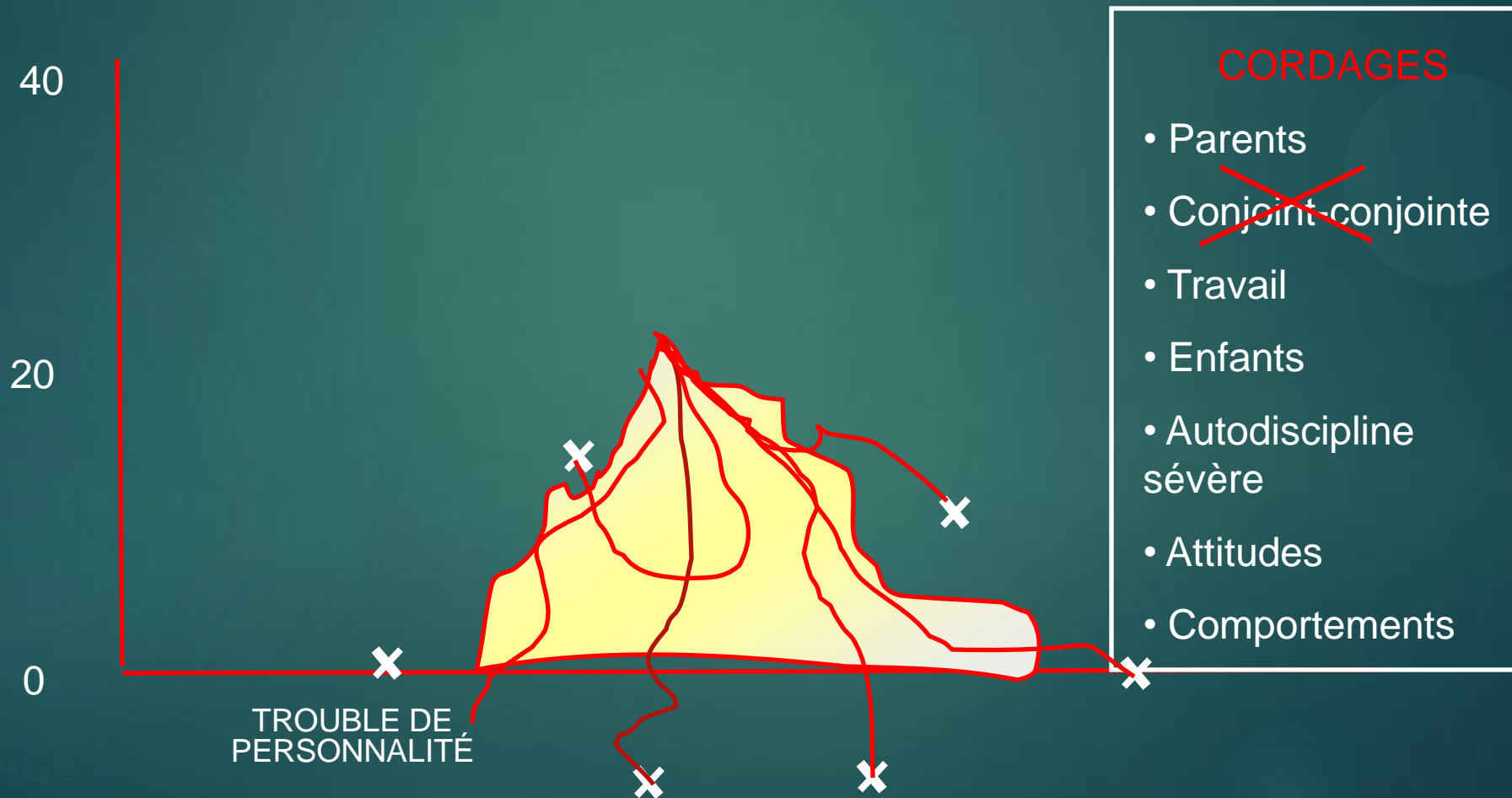
Trouble de la personnalité

Exosquelette affectif chez une personnalité vulnérable



Trouble de la personnalité

Exosquelette d'un trouble de personnalité



Le tableau clinique des TP du groupe B

Instabilités à plusieurs niveaux

- ▶ **Affectivité-Émotions** (dysrégulation émotionnelle)
- ▶ **Relationnelle** (relations intenses et instables)
- ▶ **Comportementale** (impulsivité, gestes ou menaces suicidaires, automutilation)
- ▶ **Identitaire** (vide intérieur, diffusion de l'identité)

Avec comme conséquences :

- ▶ **Instabilité** dans la demande de soins et dans l'implication dans le traitement
- ▶ Utilisation de **multiples services**, souvent de façon **éparpillée**
- ▶ **Multiples tentations** pour l'équipe traitante **de modifier le cadre habituel** de soins
 - ▶ Crises émotionnelles fréquentes avec ou sans passages à l'acte (gestes suicidaires, automutilations, ...)
 - ▶ «Testing» du cadre et violation des limites
 - ▶ Escalade symptomatique malgré le traitement
 - ▶ Taux d'abandon élevé (jusqu'au 2/3 après quelques mois de suivi externe)
- ▶ **Instabilité** du lien thérapeutique
 - ▶ Instabilité et intensité (revendications, plaintes, poursuites, hostilité, ...)

Comorbidités

(Gunderson, Links, 2008)

- ▶ LA COMORBIDITÉ EST LA NORME (Zanarini et al 2006)
 - ▶ Troubles de l'humeur :
 - ▶ Dysthymie : 70%
 - ▶ Dépression majeure : 50%
 - ▶ MAB II : 11%
 - ▶ MAB I : 9%

 - ▶ Trouble lié aux substances : 35%

 - ▶ Trouble anxieux : 50%
 - ▶ PTSD : 30%

 - ▶ Trouble alimentaire : 25%
 - ▶ Boulimie : 20%
 - ▶ Anorexie : 5%

Suicide

- ▶ Comportements suicidaires **60-78%**
- ▶ Suicide : **5-10%**
- ▶ Mortalité précoce, toute cause : 18%
- ▶ Pas d'évidence que traitement et hospitalisation diminuent le taux de suicide... Peut aussi mener à régression.

- ▶ **Exacerbation aigue du risque** chez patients suicidaires chroniques :
(Kolla 2008, Links & Kolla 2005)
 1. Dépression majeure
 2. Abus de substances
 3. Congé de l'hôpital
 4. Stresseur récent (habituellement relationnelle)
 5. État régressif important

Les lieux de traitement et de pose du diagnostic

- ▶ Cliniques spécialisées
 - ▶ Psychothérapie
 - ▶ Hôpital de jour
 - ▶ Cas complexes
- ▶ CSSS
 - ▶ Groupe psychoéducatif (DBT à la Linehan)
- ▶ Suivi psychiatrique / Urgences / Hospitalisation
- ▶ Bureaux privés
 - ▶ psychiatres et psychologues
- ▶ Médecins de famille et organismes communautaires



TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Est-ce que la psychothérapie est efficace ?

- La psychothérapie est un traitement efficace pour les *troubles de la personnalité*
- Un taux de rémission sept fois plus rapide en comparaison à l'évolution naturelle ★

Meta-analysis by Perry, Banon and Ianni (1999)

Psychothérapie efficace ?

- **DBT : Dialectical-Behavioral Therapy:** 3 heures/semaine
Thérapie cognitive-comportementale de Linehan (Linehan et al., 1991):
- **MBT : Mentalization-Based Treatment:** 4 heures/semaine
Traitement psychodynamique de Bateman & Fonagy (1999 and 2006)
- **SFT: Schema-Focused Therapy:** 2 heures/semaine
Thérapie cognitive intégrative de Jeffrey Young (2006)
- **TFP : Transference-Focused Psychotherapy :** 2 heures/semaine
Psychothérapie psychodynamique de Kernberg, Clarkin & Yeomans (2002)
- **GPM : Good Psychiatric Management**
Approche intégrée de John Gunderson (2014)

Traitements avec échantillon aléatoire et groupe contrôle (RCT)

Évolution

- ▶ Plusieurs personnes avec TPL se rétablissent spontanément
- ▶ Plusieurs utilisent les services de traitement en externe et ne sont jamais hospitalisés
- ▶ D'autres deviennent sévèrement malades et requièrent davantage de services en SM incluant des hospitalisations répétées

Évolution

- ▶ Zanarini :
 - ▶ 66% à 6 ans ne remplissent plus les critères de TPL
- ▶ Paris, Stone, McGlashan :
 - ▶ Après 15 ans, 75% = Ø TPL
 - ▶ Après 27 ans, 92% = Ø TPL
- ▶ Théories pour expliquer l'amélioration :
 - ▶ Maturité – l'impulsivité diminue avec l'âge
 - ▶ Apprentissage social – habiletés augmentent avec le temps
 - ▶ Évitement d'une intimité conflictuelle – la plupart obtient emploi, réseau social, mais continue d'avoir des problèmes avec l'intimité.

Évolution

- ▶ Attainment et sustained stability of symptomatic remission and recovery among patients of borderline personality disorders and Axis-II comparaison
- ▶ Mary C. Zanarini Am J. of Psychiatry 2012
- ▶ 290 patients TPL comparés à 72 patients avec autres TP entre 18 et 35 ans, recrutés lors d'hospitalisation
- ▶ Évalués à tous les 2 ans pendant 16 ans
 - ▶ antisocial personality disorder (N=10, 13.9%),
 - ▶ narcissistic personality disorder(N=3, 4.2%),
 - ▶ paranoid personality disorder (N=3, 4.2%),
 - ▶ avoidant personality disorder (N=8, 11.1%), dependent
 - ▶ personality disorder (N=7, 9.7%), self-defeating personality
 - ▶ disorder (N=2, 2.8%),
 - ▶ passive-aggressive personality disorder (N=1, 1.4%).

Rémission des symptômes

- ▶ Rémission des symptômes est fréquente et stable
 - 99 % atteignent une rémission de 2 ans
 - 95 % atteignent une rémission de 4 ans
 - 90 % atteignent une rémission de 6 ans
 - 78 % atteignent une rémission de 8 ans

Suicide complété

- ▶ 4.5 % des patients avec TPL ★
- ▶ Taux substantiellement moins élevé que le 10 % d'il y a 10 ans
 - Traitement davantage supportant
 - Peut-être, meilleures interventions auprès des enfants ayant des traumatismes

Rétablissement

- ▶ Définition : la rémission des symptômes associés au TPL et une bonne adaptation sociale, interpersonnelle et professionnelle.
 - ▶ Au moins une bonne relation émotionnellement investie et soutenue
 - ▶ Une bonne performance au travail, une histoire de maintien soutenu au travail ou un emploi à plein temps

Rétablissement

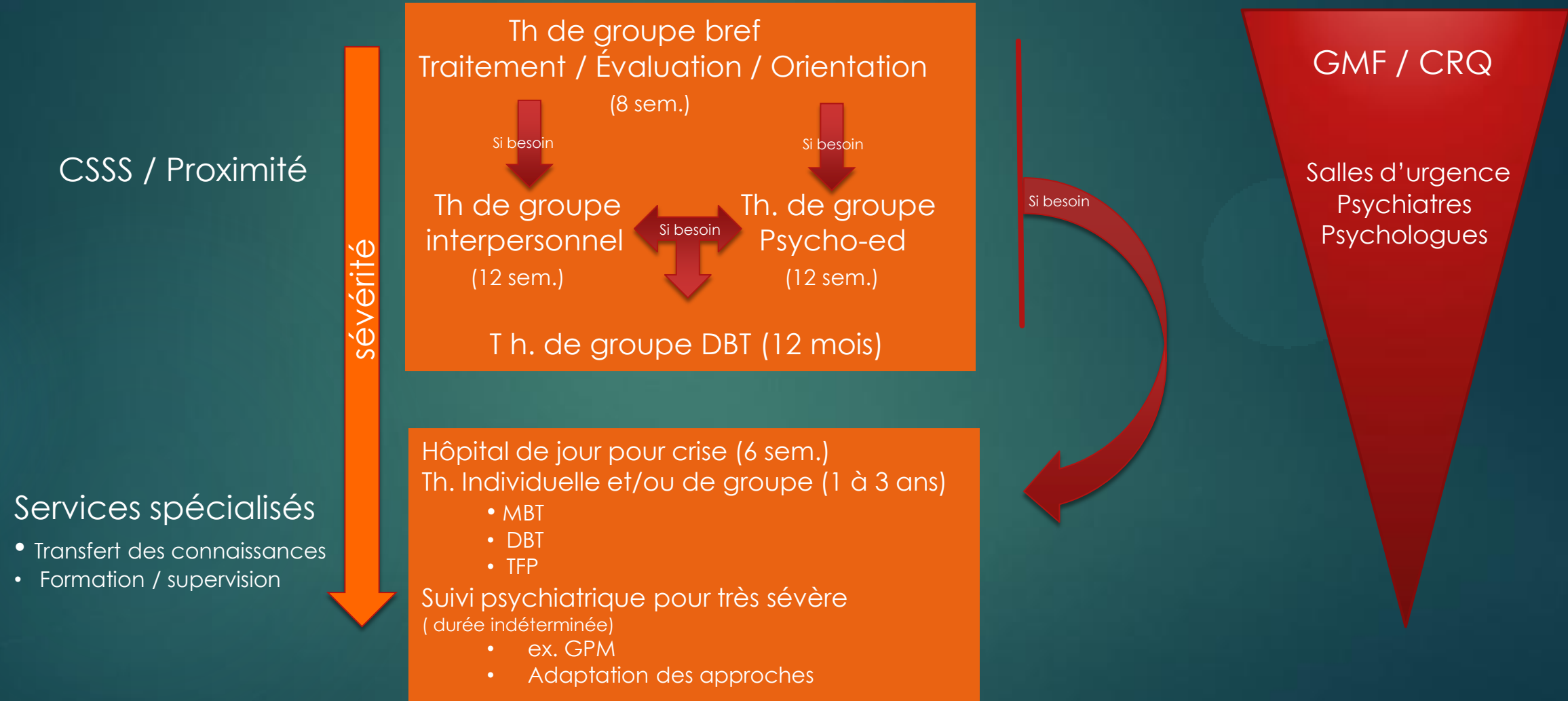
- ▶ Plus difficile à atteindre que la rémission des symptômes
 - ▶ 60 % atteignent un rétablissement de 2 ans
 - ▶ 54 % atteignent un rétablissement de 4 ans
 - ▶ 44 % atteignent un rétablissement de 6 ans
 - ▶ 40 % atteignent un rétablissement de 8 ans

Ontogénèse du trouble de la personnalité

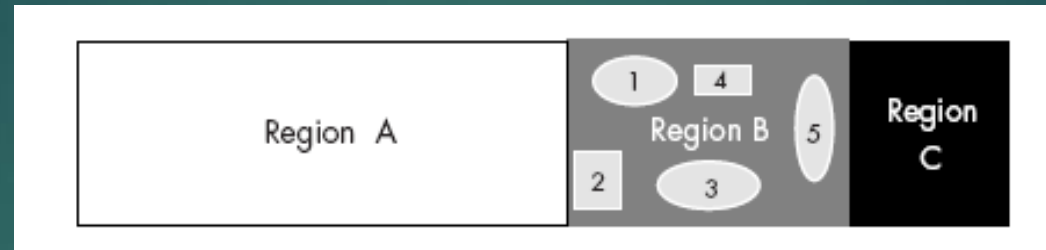
- ▶ De 2010- 2020 : D'un paradigme de psychothérapie vers un paradigme de traitements et stratégies intégrés
 - ▶ Traitements séquentiels et intégrés
 - ▶ Expansion du champ de la traitabilité
 - ▶ Intégration de diverses stratégies et modalités
 - ▶ Travail en collaboration
 - ▶ Et quoi d'autre ?
 - ▶ Accentuation du dépistage et du traitement précoce, sûrement.
 - ▶ Marqueurs biologiques !!!

Organisation souhaitée d'un programme régional des soins

Continuum de soins



Continuum de traitabilité pour les troubles de personnalité



Michael Stone, *Treatable and untreatable*, 2005

Région A

- Groupe principal de trouble de personnalité
- Dimensions négatives contrebalancées par dimensions positives
- Thérapeutes expérimentés de toutes écoles

Région B = l'importance du cadre (prison)

- Rétablissement plus problématique et incertain
- groupe 1 : Rx par un certain thérapeute
- groupe 2 : Rx par une certaine approche
- groupe 3 : Rx par thérapeute plus âgé et expérimenté
- groupe 4 : Rx par traitement hautement non conventionnel
- groupe 5 : Rx avec un certain thérapeute après plusieurs essais

Région C

- Troubles de personnalité intraitables



Période de questions