



Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services

SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Numéro 11

Sommaire

Méthodologie	2
Résultats	6
Discussion	16
Conclusion	18

Introduction

La prévalence des troubles de la personnalité dans la population générale a été évaluée par deux études de grande ampleur menées sur deux continents avec deux outils de mesure différents basés sur deux versions du Diagnostic Statistical Manual of mental disorders (DSM). L'enquête NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) menée aux États-Unis sur 43 093 sujets indique une prévalence de 14,8 % selon le DSM-IV (Grant *et al.*, 2004) et l'étude de Torgersen menée dans une capitale européenne (Oslo) sur 2 053 sujets révèle 13,4 % selon le DSM-III (Torgersen *et al.*, 2001). Les troubles de la personnalité du groupe B (narcissique, limite, antisociale, histrionique) y représentent une proportion significative, notamment en termes de prévalence, d'utilisation des systèmes de soins et d'impact clinique (ex : suicide). Si ces deux études fournissent des chiffres proches en termes de prévalence globale, les fourchettes pour chacun des troubles du groupe B sont larges. Ainsi, la prévalence du trouble de la personnalité narcissique serait comprise entre 0,8 et 6,2 %, celle de la personnalité limite entre 0,7 et 5,9 %, celle de la personnalité antisociale entre 0,7 et 3,6 % et celle de la personnalité histrionique autour de 2 % pour les deux études (Grant *et al.*, 2008; Grant *et al.*, 2004; Stinsons *et al.*, 2008; Torgersen *et al.*, 2001). La prévalence des troubles de la personnalité serait la même pour les hommes et pour les femmes, mais leur utilisation des services peut varier.

Si l'on considère uniquement le trouble de la personnalité limite, les arrêts de travail et les soins représentent des coûts pour la société estimés entre 25 000\$ (van Asselt *et al.*, 2007) et 50 000\$ CA (Grant *et al.*, 2008) par an et par patient (soit 17 000 à 34 000 €). En termes médico-économique, la forte prévalence et le coût annuel moyen soulignent l'impact majeur de cette condition sur nos systèmes de soins.

Par ailleurs, les bases de données administratives permettent d'observer les prévalences des populations se référant aux systèmes de soins et pour lequel le diagnostic a été porté. Cependant, il existe probablement un écart entre la prévalence réelle et la prévalence établie sur les diagnostics consignés dans la base administrative. À notre connaissance, une seule étude compare la spécificité et la sensibilité du diagnostic de trouble de la personnalité limite rapporté dans de telles bases avec un instrument standardisé (Comtois *et al.*, 2014). Il semble que la capacité de dépistage soit mineure (sensibilité à 15 %) mais que la précision du diagnostic soit excellente (spécificité à 97 %). L'utilisation des bases de données administratives permettrait donc d'étudier les troubles de la personnalité dans la population générale avec une sous-estimation globale de la prévalence par rapport aux instruments standardisés. Ces bases de données permettent d'observer ce qui est jugé cliniquement pertinent par le médecin chez les patients en contact avec les systèmes de soin.

Sur un autre plan, la mortalité en psychiatrie fait l'objet d'une attention croissante. Plusieurs publications récentes (Nordentoft *et al.*, 2013; Høye *et al.*, 2013) soutiennent que celle-ci est particulièrement élevée parmi les patients avec un trouble de la personnalité. La perte d'années de vie pour ces patients, comparativement à la population générale, a été estimée récemment jusqu'à plus de 25 ans (Ajetunmobi *et al.*, 2013). Aussi une part importante (environ 17 %) des suicides serait en lien avec un trouble de la personnalité (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004). Néanmoins, ils ne représentent qu'une portion de la surmortalité de cette population, les causes naturelles y étant particulièrement représentées (Ajetunmobi *et al.*, 2013; Nordentoft *et al.*, 2013).

L'utilisation de services médicaux de cette clientèle s'avère importante pour tous les domaines (consultation et médication) (Hörz *et al.*, 2010). Environ 80 % de ces patients auraient été hospitalisés en psychiatrie. Les services d'urgence répondent souvent à leurs demandes (Keuroghlian *et al.* 2013). Cette utilisation des services de soins concerne autant les aspects psychiatriques que physiques. L'objectif de ce feuillet est donc de décrire l'utilisation des banques de données administratives afin

d'estimer la prévalence diagnostiquée des troubles de la personnalité du groupe B, l'utilisation des services ainsi que la mortalité. Ce groupe sera comparé aux troubles de la personnalité hors du groupe B et à des conditions psychiatriques graves ou communes (schizophrénie, troubles anxio-dépressifs) pour lesquels l'INSPQ a déjà publié un premier feuillet (Lesage *et al.*, 2012).

Méthodologie

Sources de données

Les estimations ont été produites à partir des données issues du jumelage de fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), qui composent le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Ces fichiers sont le fichier d'inscription des personnes assurées à l'assurance maladie (FIPA), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et le fichier des décès du Registre des événements démographiques. Le FIPA renseigne sur les données démographiques ainsi que sur les périodes d'éligibilité à l'assurance maladie. Le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte compile tous les actes médicaux facturés à la RAMQ alors que le fichier des hospitalisations recense les diagnostics principaux et secondaires associés à une admission hospitalière. Les codes de la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) sont utilisés pour la codification des diagnostics dans le fichier des services médicaux pour toute la période d'observation ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006, alors que ceux de la 10^e révision (CIM-10) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1^{er} avril 2006. Le fichier des décès permet d'extraire les causes de décès pour les analyses portant sur la mortalité.

Identification des cas et mesures de prévalence et d'incidence

Pour être considéré comme étant atteint d'un trouble de la personnalité (du groupe B ou hors du groupe B), un individu devait avoir reçu au cours de l'année (du 1^{er} avril au 31 mars) un diagnostic de trouble de la personnalité au fichier des services médicaux ou un diagnostic principal de trouble de la personnalité au fichier des hospitalisations. Pour la prévalence cumulée, le diagnostic est retenu quel que soit le moment où il a été posé. Les codes diagnostiques associés aux troubles de la personnalité sont les suivants :

- a) trouble de la personnalité de groupe B (codes CIM-9 : 301.1; 301.3; 301.5; 301.7; 301.8; 301.9);
- b) trouble de la personnalité hors du groupe B (non-groupe B) (codes CIM-9 : 301.0; 301.2; 301.4; 301.6).

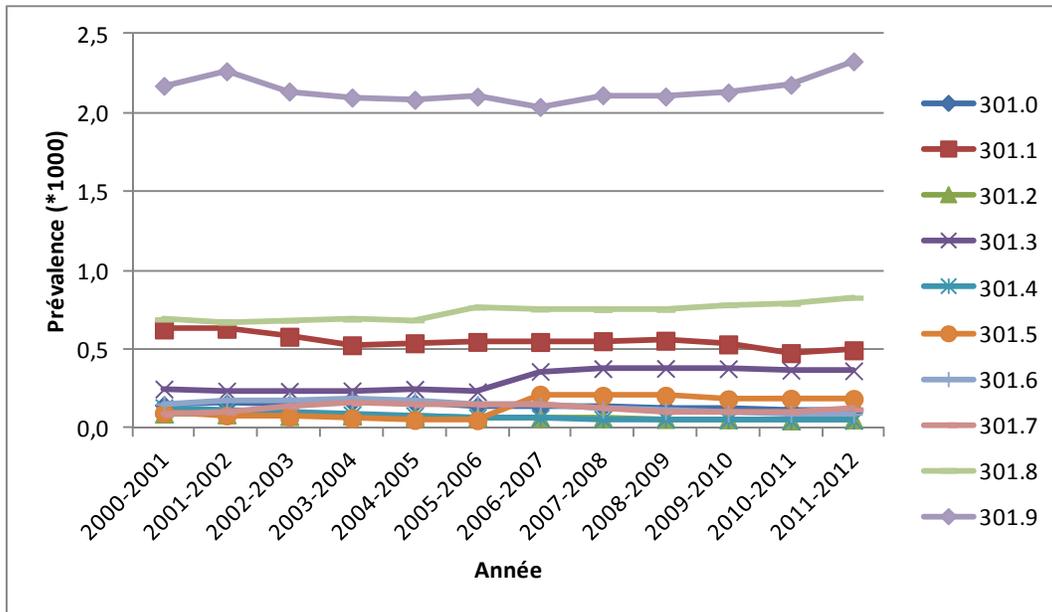
La définition de cas a été faite par un groupe de psychiatres et psychologues, travaillant au Québec, possédant une expertise dans la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité. Tous les codes retenus correspondent à des entités cliniques comprises ou proches du groupe B, tel que défini dans le DSM 5. Le choix du groupe B correspond à la pertinence clinique (fréquence, sévérité, utilisation des soins, traitements validés) selon les experts. Sur le plan formel, le trouble de la personnalité sans précision (301.9) ne fait pas partie du groupe B. Le groupe d'expert a néanmoins choisi de l'inclure dans le groupe B plutôt que non B, en référence aux pratiques habituelles dans la province. En effet, ce groupe a jugé que la cotation d'un trouble de la personnalité limite semble souvent facturée à la RAMQ avec ce code diagnostique 301.9. Ce choix ouvre possiblement à une baisse de spécificité de définition des cas, au profit d'une meilleure sensibilité. Il en va de même pour le trouble de la personnalité évitante (301.82) qui fait partie du groupe C selon le DSM (groupe non B dans la

présente étude), mais se retrouve inclus dans la plus grosse catégorie des autres troubles de la personnalité (301.8) qui font partie du groupe B. Enfin le groupe d'experts a fait le choix d'inclure les personnalités dysthymiques (301.1) et épileptoïdes (301.3), dans le groupe B, du fait de leur descriptif clinique. Le premier des deux inclut la cyclothymie (301.13) et le deuxième n'a pas d'équivalent dans le DSM.

L'indicateur retenu pour évaluer l'ampleur des troubles de la personnalité dans la population est la prévalence annuelle. L'individu doit donc répondre aux critères d'inclusion chaque année pour être considéré comme un cas prévalent de trouble mental diagnostiqué. Le choix de représenter la prévalence des troubles de la personnalité par une prévalence annuelle diffère de celui d'autres maladies chroniques, comme le diabète, pour lesquelles la prévalence est calculée de façon cumulée au fil des ans. La prévalence à vie comprend ainsi les cas récents et ceux de longue date alors que la prévalence annuelle ne comprend que les individus ayant répondu à la définition de cas au cours de l'année. La prévalence annuelle permet de mieux représenter le fardeau sur les services de santé, mais minimise la démonstration du caractère chronique et plus étendu de ce trouble mental. C'est aussi le choix fait dans le premier feuillet de l'INSPQ sur les troubles mentaux (Lesage *et al.*, 2012), et par l'Agence de la santé publique du Canada dans son premier rapport sur la surveillance des troubles mentaux (publication à venir). La prévalence à vie a toutefois aussi été calculée et sera présentée.

Le tableau 1 décrit les types de trouble de la personnalité associés aux différents codes de la CIM-9, et la correspondance à la classification américaine DSM 5. Le graphique 1 montre l'importance relative de chaque code, dont celui portant sur les troubles de la personnalité non spécifiés (301.9). L'évolution dans le temps est marquée d'une remarquable stabilité.

Graphique 1 Prévalence annuelle de chacun des troubles de la personnalité diagnostiqué CIM-9[#], Québec, 2000-2001 à 2011-2012



: voir tableau 1 pour la correspondance des codes.

Tableau 1 Correspondance des codes avec le diagnostic CIM 9, CIM 10 et DSM 5 pour chaque groupe de cette étude (Groupe B et Non groupe B)

	Code CIM 9	Troubles de la personnalité CIM 9	Code CIM 10	Troubles de la personnalité CIM 10	Troubles de la personnalité DSM	
<i>Groupe B</i>	301.1	Dysthymique (affective) ^a	F34.0	Cyclothymie		
			F34.1	Dysthymie		
			F60.89	Autre trouble spécifique de la personnalité		
	301.3	Épileptoïde (explosive)	F60.3	Personnalité émotionnellement labile	Limite	
	301.5	Hystérique	F60.4	Histrionique	Histrionique	
			F68.12	Trouble factice		
	301.7	Sociopathique ou asociale	F60.2	Antisociale	Antisociale	
	301.8	301.81	Autre trouble de la personnalité	F60.81	Narcissique	Narcissique
				301.82	F60.6	Évitante
301.83				F60.3	Personnalité émotionnellement labile	Limite
301.9	Sans précision	F60.9	Non spécifié	Non Spécifié		
<i>Non groupe B</i>	301.0	Paranoïaque	F60.0	Paranoïaque	Paranoïaque	
	301.2	301.20	Schizoïde	F60.1	Schizoïde	Schizoïde
		301.22	Schizotypique	F21	Schizotypique	Schizotypique
	301.4	Obsessionnelle	F60.5	Obsessionnelle-Compulsive	Obsessionnelle-Compulsive	
	301.6	Asthénique	F60.7	Dépendante	Dépendante	

^a : diagnostic considéré comme appartenant au groupe B par les experts, sans correspondance dans le DSM.

^b : diagnostic de groupe C selon le DSM (soit non groupe B dans le présent rapport).

Périodes couvertes et comparaisons

Les estimations ont été obtenues à partir d'un suivi longitudinal. La période d'analyse débute le 1^{er} avril 2000 et se termine le 31 mars 2012.

Les comparaisons dans le temps et entre les régions sont effectuées au moyen de mesures ajustées pour l'âge. Ces mesures sont obtenues par la méthode de standardisation directe à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

L'absence d'information dans les données administratives concernant les services rendus hors Québec peut représenter une limite pour les comparaisons interrégionales. En effet, les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick (par exemple, Outaouais, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Abitibi-Témiscamingue), où une partie de la population obtient des soins médicaux dans la province voisine, peuvent présenter une sous-estimation des mesures de prévalence.

Calcul de la mortalité

Les tables de mortalité abrégées fondées sur la méthode de Chiang ont été utilisées afin de calculer les espérances de vie des personnes atteintes de troubles mentaux par groupes d'âge quinquennaux, soient; 1-4 ans, 5-9 ans, et ainsi de suite jusqu'à 85 ans et plus (Chiang, 1984). Les calculs des espérances de vie ont été basés sur les données de mortalité qui ont été observées d'avril 2001 à mars 2011. L'analyse des causes de décès tient compte des décès survenus au cours d'une année chez les personnes répondant à la définition de cas pendant cette même année.

La surmortalité globale et la surmortalité stratifiée selon les principales causes de mortalité des personnes atteintes de troubles de la personnalité, ont été calculées à l'aide de rapports de taux de mortalité ajustés pour l'âge et sont présentées selon le statut de la personne, qu'elle soit atteinte ou non, d'un trouble de la personnalité.

Définition des services

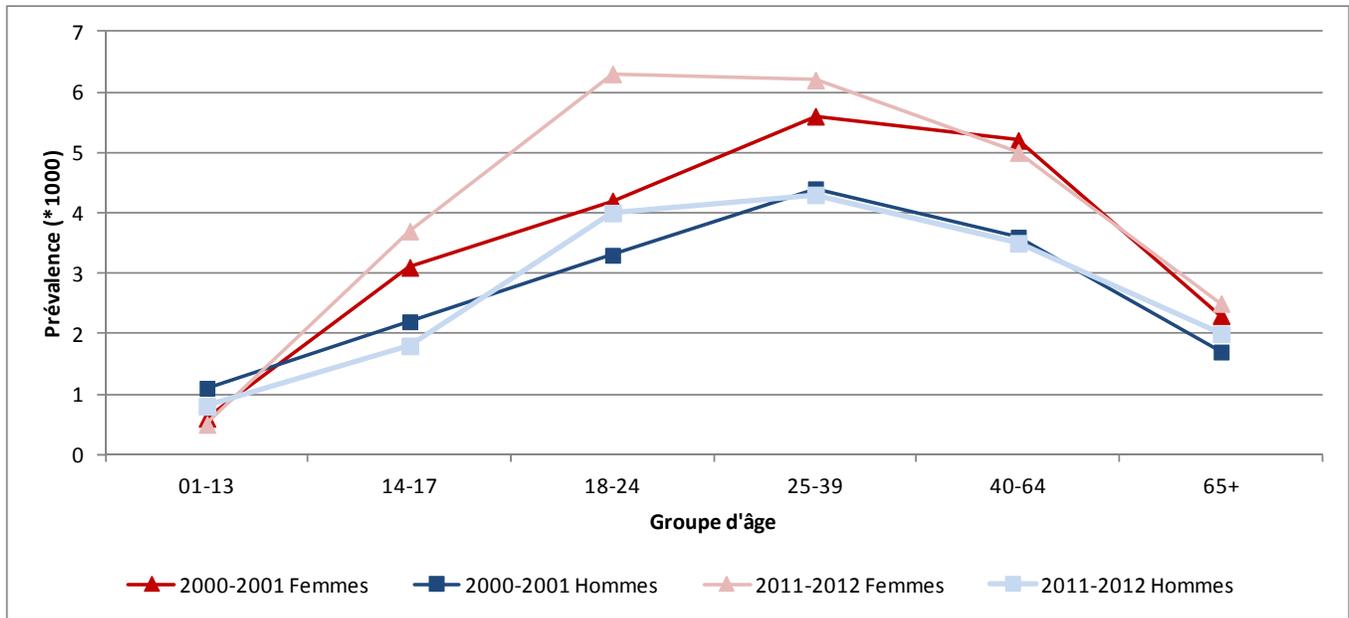
Les profils d'utilisation des services ont été construits selon le lieu où les services ont été rendus et selon la spécialité du médecin impliqué : médecin de famille (omnipraticien), psychiatre, ou autre spécialiste. Les renseignements sur le lieu ont été recueillis dans le fichier des services médicaux, fichier qui classifie les établissements. En conséquence, les cabinets privés ont été distingués des établissements publics et, à l'intérieur des centres hospitaliers, les consultations externes, l'urgence et la section psychiatrique ont été différenciées. Les informations sur la vocation de l'établissement hospitalier dans lequel l'individu a séjourné sont issues du fichier MED-ÉCHO.

Résultats

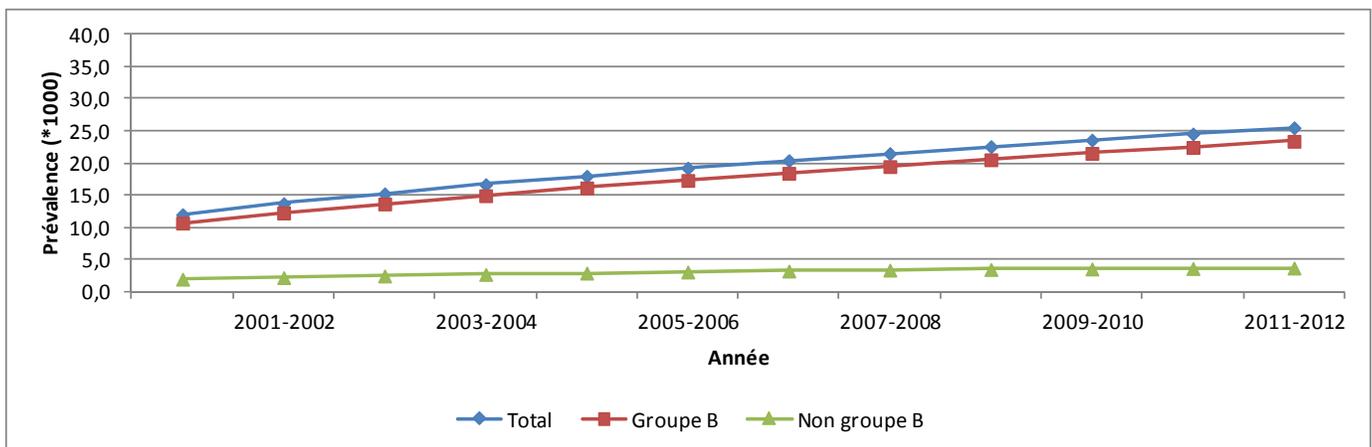
Prévalences des troubles de la personnalité

En 2011-2012, la prévalence annuelle (nombre de cas sur un an) diagnostiquée se situe autour de 3,6 pour mille habitants. Cette prévalence diffère selon l'âge et le sexe. La prévalence annuelle est respectivement de 3,0 et 4,3 pour mille habitants chez les hommes et les femmes. De plus, en 2011-2012, les groupes d'âge ayant la plus forte prévalence annuelle sont celles des 18-24 ans et des 25-39 ans. Chez les femmes, le groupe d'âge 18-24 ans a connu une forte progression passant de près de 4/1000 en 2000-2001 à plus de 6/1000 en 2011-2012.

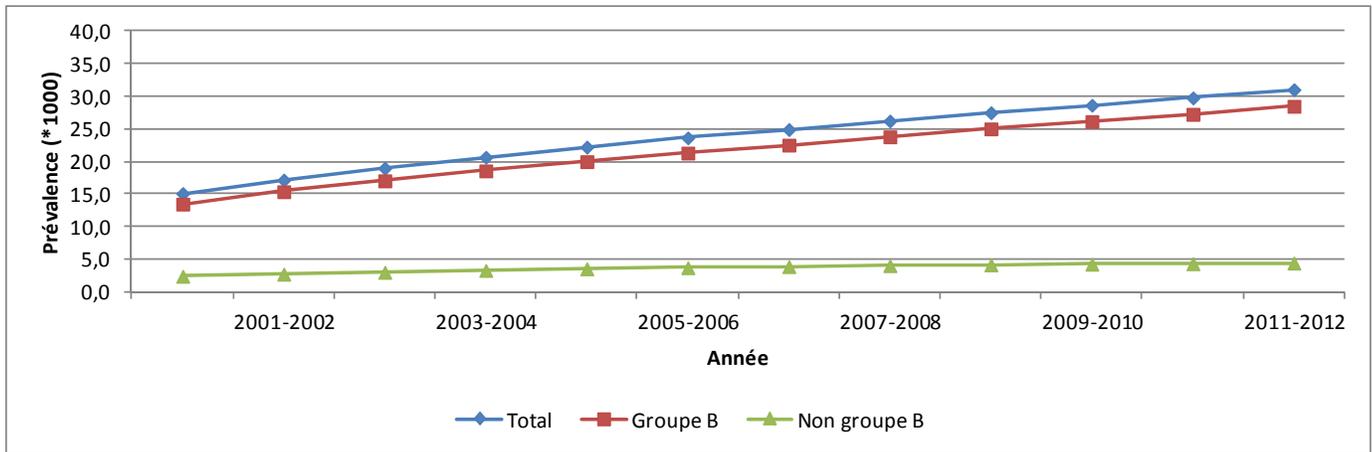
Graphique 2 Prévalence annuelle des troubles de la personnalité du groupe B selon l'âge et le sexe, Québec, 2000-2001 et 2011-2012



Graphique 3 Prévalence à vie des troubles de la personnalité (total, groupe B et non-groupe B) selon l'année, chez les hommes, Québec, 2000-2001 à 2011-2012



Graphique 4 Prévalence à vie des troubles de la personnalité (total, groupe B et non groupe B) diagnostiqués selon l'année, chez les femmes, Québec, 2000-2001 à 2011-2012



Les graphiques 3 et 4 rapportent le cumul des cas pour la période d'observation (prévalence à vie). La prévalence à vie semble en augmentation dans le temps, de nouveaux cas étant traités de façon constante chaque année. Le plateau d'observation n'a pas encore

été atteint. Il est remarquable que le phénomène du groupe B domine l'ensemble des troubles de la personnalité, car le fait d'enlever le groupe non-groupe B ne fait presque pas de différences sur le total, et ce, autant chez les hommes que les femmes.

Tableau 2 Nombre et prévalence ajustée annuelle et à vie, des troubles de la personnalité du groupe B selon la région sociosanitaire, Québec, 2011-2012

	Prévalence à vie			Prévalence annuelle		
	Nombre	Prévalence (*1 000)	Int.Conf à 95 %	Nombre	Prévalence (*1 000)	Int.Conf à 95 %
Bas-Saint-Laurent	6 005	30,0	29,2-30,8	825	4,4	4,1-4,7
Saguenay—Lac-St-Jean	7 230	26,6	25,9-27,2	1 105	4,2	3,9-4,4
Capitale-Nationale	22 280	31,4	31,0-31,8	3 060	4,4	4,3-4,6
Mauricie et Centre-du-Québec	14 200	29,0	28,5-29,5	2 120	4,5	4,3-4,7
Estrie	12 330	40,2	39,4-40,9	1 415	4,8	4,5-5,0
Montréal	46 125	24,5	24,3-24,7	6 135	3,3	3,2-3,4
Abitibi-Témiscamingue	3 225	22,5	21,7-23,3	360	2,6	2,3-2,9
Côte-Nord	2 455	26,2	25,2-27,3	375	4,1	3,7-4,5
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	2 440	26,2	25,1-27,3	350	4,0	3,6-4,4
Chaudière-Appalaches	11 070	27,2	26,7-27,7	1 195	3,0	2,8-3,2
Laval	9 325	23,4	22,9-23,9	1 355	3,5	3,3-3,6
Lanaudière	10 550	22,0	21,5-22,4	1 805	3,8	3,6-4,0
Laurentides	13 865	25,6	25,2-26,0	2 145	4,0	3,9-4,2
Montérégie	37 750	26,1	25,9-26,4	5 350	3,8	3,7-3,9
Québec	207 369	26,0	25,9-26,1	28 621	3,6	3,6-3,7

Le tableau 2 présente le nombre de personnes diagnostiquées d'un trouble de la personnalité du groupe B ainsi que la prévalence ajustée annuelle et à vie selon la région sociosanitaire pour l'année 2011-2012. Les intervalles de confiance à 95 % permettent de mieux interpréter les variations régionales.

L'espérance de vie à 20 ans selon le sexe est présentée au tableau 3. Comparativement à la population générale, l'espérance de vie des personnes traitées d'un trouble de la personnalité du groupe B est réduite de 13 ans chez les hommes et de 9 ans chez les femmes. Ce

résultat s'apparente à celui observé chez les personnes atteintes de troubles schizophréniques. Le graphique 5 compare les causes de décès des personnes atteintes ou non de troubles de la personnalité du groupe B. Chez les personnes sans trouble de la personnalité, le cancer (33 %) et les maladies circulatoires (28 %) sont les deux principales causes. Dans la population de patients avec un trouble de la personnalité du groupe B, le suicide, avec plus de 20 %, est la première cause de décès suivie par les deux mêmes causes de mortalité (cancer (19 %) et maladies circulatoires (19 %)) que pour les personnes n'ayant pas de troubles de la personnalité.

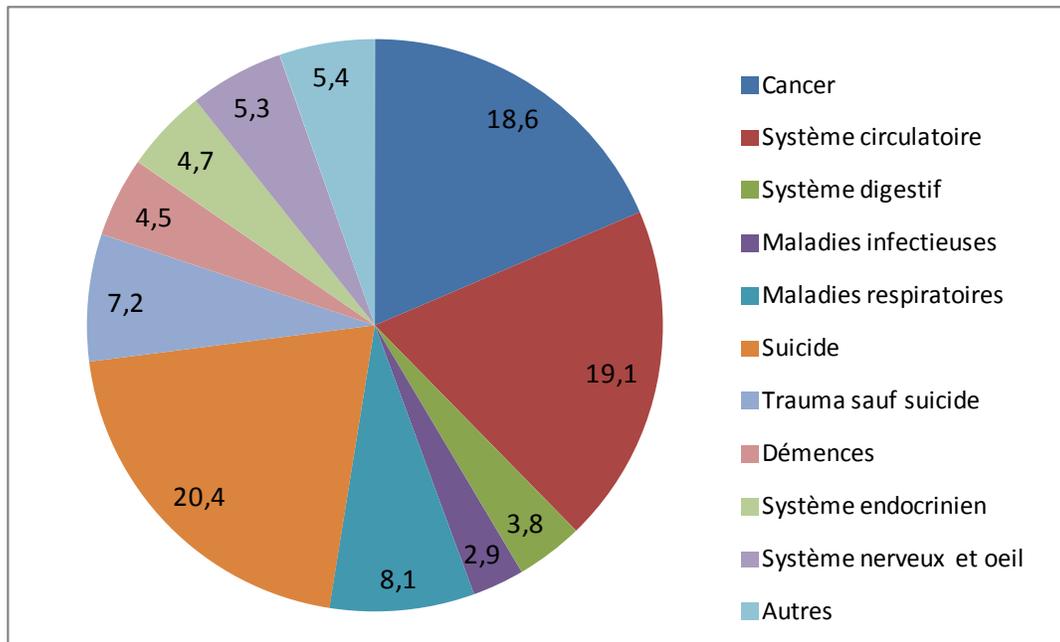
Mortalité

Tableau 3 **Espérance de vie à 20 ans, selon l'atteinte de troubles mentaux et selon le sexe basée sur les taux de mortalité 2001-2002 à 2011-2012**

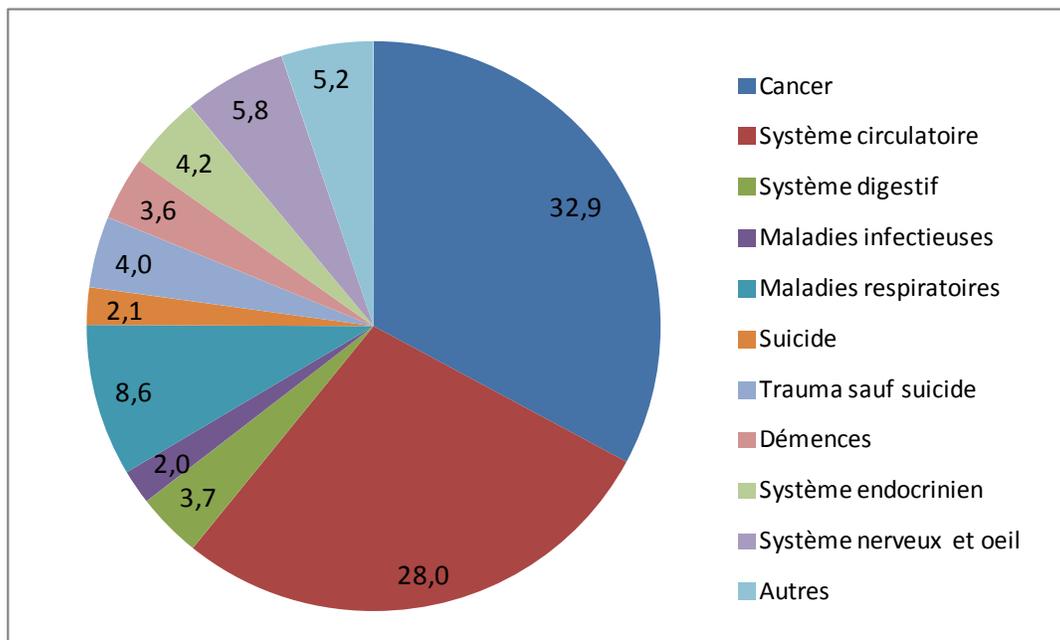
	Espérance de vie à 20 ans (années)	
	Hommes	Femmes
Québec (population générale)	59	64
Troubles mentaux	51	59
Troubles anxio-dépressifs	55	65
Troubles schizophréniques	48	54
Troubles de la personnalité du groupe B	46	55

Graphique 5 Proportion (%) des causes de décès des personnes atteintes ou non de troubles de la personnalité du groupe B, Québec, 2000-2009

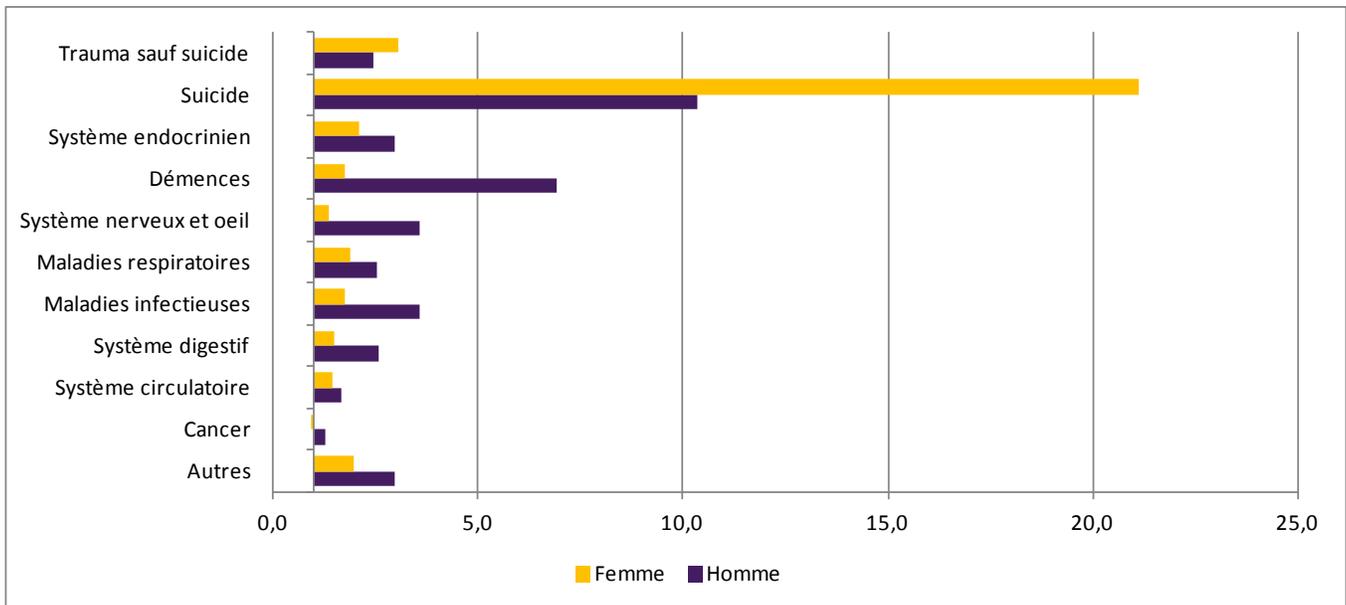
Atteintes



Non-atteintes



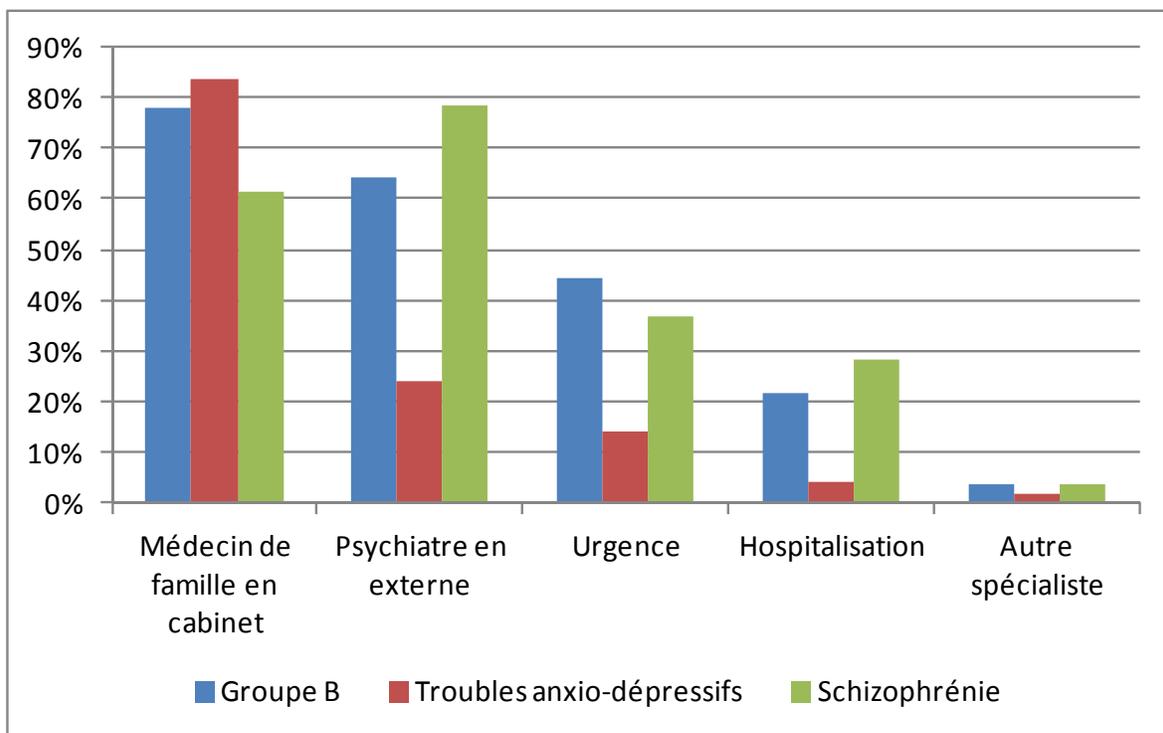
Graphique 6 Rapport de taux (atteints de troubles de la personnalité du groupe B : non atteints) des causes de décès en fonction du sexe, Québec, 2000-2009



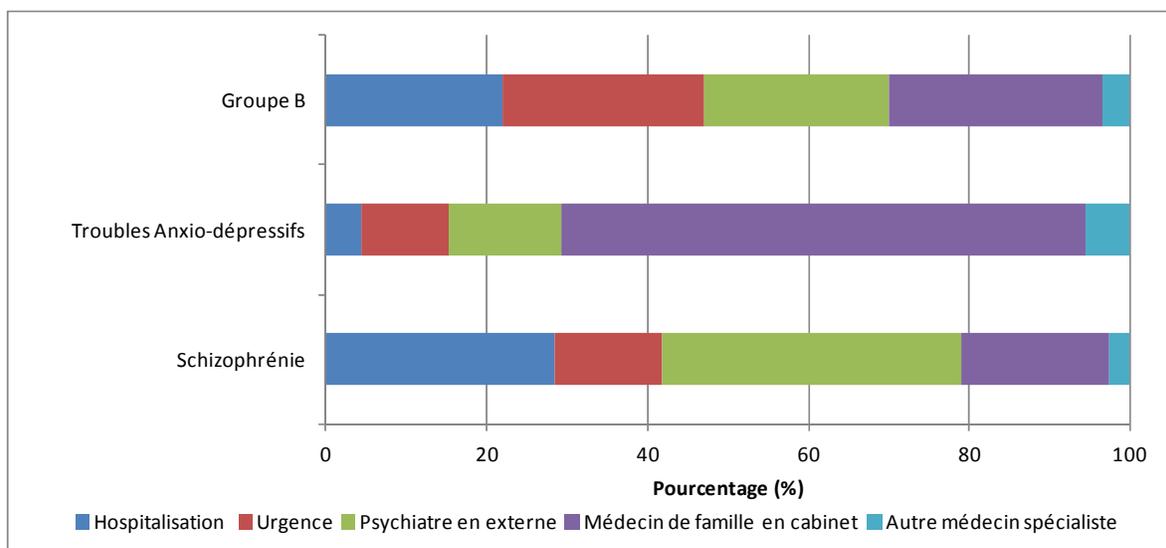
Au graphique 6, le rapport de taux divise le taux de mortalité pour chaque catégorie de causes de décès dans le groupe des troubles de la personnalité du groupe B par celui des personnes non atteintes. Un rapport de 1 signifie que les taux de mortalité sont comparables dans les deux groupes (atteints vs non atteints). Un rapport supérieur à 1 signifie que le taux de mortalité est supérieur dans le groupe des troubles de la

personnalité du groupe B. À noter qu'il n'y a aucune catégorie diagnostique où ce rapport est inférieur à 1. Autrement dit pour chaque catégorie de décès (naturelle ou non naturelle, comme le suicide), il existe un taux de mortalité anormalement élevé (surmortalité) de la population des patients avec un trouble de la personnalité du groupe B par rapport aux personnes non atteintes.

Graphique 7 Profil d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, Québec 2011-2012



Graphique 8 Profil hiérarchique d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, sexes regroupés, Québec 2011-2012



Afin de déterminer et comparer le profil d'utilisation des services de santé mentale, différentes situations ont été examinées pour l'ensemble des personnes qui ont reçu un diagnostic de troubles de la personnalité du groupe B, de troubles anxio-dépressifs et de troubles schizophréniques. Les populations de comparaison permettent de saisir les spécificités de chaque population psychiatrique quant à leur utilisation de services.

Plus précisément, ont été identifiées (graphique 7) les situations où le patient :

- a été vu par un médecin de famille en cabinet;
- a été vu par un psychiatre en consultation externe;
- a été vu à l'urgence;
- a été hospitalisé;
- a été vu par un médecin spécialiste, autre qu'un médecin de famille ou un psychiatre.

Le profil hiérarchique (graphique 8) d'utilisation des services de santé mentale permet d'identifier le service le plus important (coût et intensité de service) reçu par le patient au cours d'une année. Les rôles des différents professionnels ou services de santé mentale (médecins de famille en première ligne, psychiatres, urgence et hospitalisation en deuxième ligne) sont donc ordonnés ainsi :

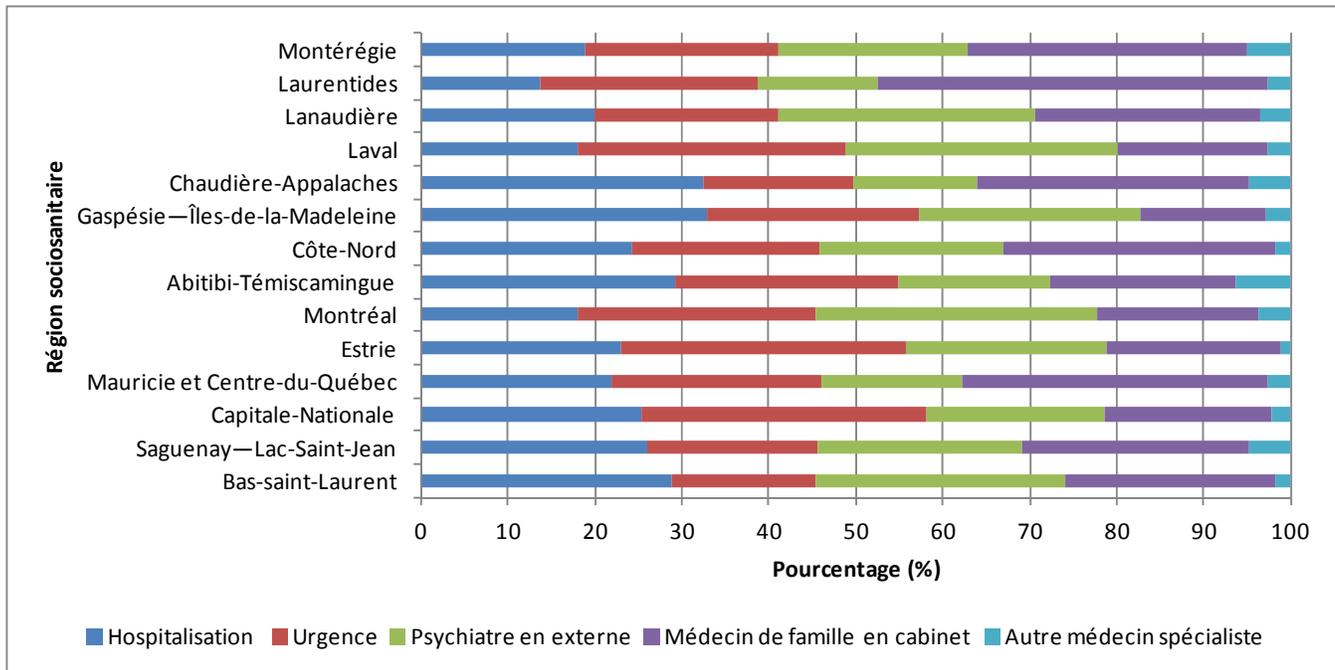
- I. Hospitalisation;
- II. Urgence;
- III. Psychiatre en consultation externe;
- IV. Médecin de famille en cabinet;
- V. Autre médecin spécialiste.

Par exemple, une personne qui a été hospitalisée dans la dernière année appartient seulement à la catégorie « hospitalisation », et ce, même si elle a consulté à l'urgence ou a été vue en cabinet par un médecin de famille.

À l'image des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, celles avec un trouble de la personnalité du groupe B ont un lourd profil d'utilisation des services. En effet, près de 50 % d'entre-elles ont eu soit une hospitalisation ou une visite à l'urgence au cours de l'année de leur diagnostic et en ajoutant la visite d'un psychiatre en externe, cette proportion grimpe à 70 % qui ont donc eu recours à un service spécialisé (graphique 8). En comparaison, cette proportion est de près de 80 % pour les personnes atteintes de schizophrénie et de 30 % pour celles avec un trouble anxio-dépressif. Il est observé également que les personnes qui ont reçu un diagnostic de troubles de la personnalité du groupe B sont de grands utilisateurs de l'urgence (44 %) dépassant même les gens atteints de schizophrénie (37 %).

Le graphique 9 montre le profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B selon la région sociosanitaire pour l'année 2011-2012. À noter que ce profil est passablement similaire d'une région à l'autre.

Graphique 9 Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B selon la région sociosanitaire, Québec, 2011-2012



Discussion

Les troubles de la personnalité du groupe B – une prévalence élevée

La prévalence à vie des cas diagnostiqués retrouvée dans les fichiers médico-administratifs paraît significativement plus basse que celle des études de grandes ampleurs en population générale. Alors que celle mesurée dans nos données approche le 2,5 % pour les hommes et 3 % pour les femmes, les prévalences attendues pour l'ensemble des troubles de la personnalité seraient proches de 14 % (Grant *et al.*, 2004; Torgersen *et al.*, 2001). Si l'on considère les prévalences attendues en population clinique (psychiatrie), elles seraient aussi plus élevées, en particulier si l'on considère l'ensemble des troubles de la personnalité (40 %) (Newton-Howes *et al.*, 2010) ou les troubles de la personnalité de groupe B (13 %) et non spécifié (14 %) (Zimmerman *et al.*, 2005). Ces études se sont réalisées sur la population générale, sur des échantillons variant de quelques centaines de cas à plusieurs dizaines de milliers, avec des instruments différents et des classifications nosographiques différentes. La diversité des méthodologies contribue à l'hétérogénéité de leurs résultats.

Ce différentiel peut être expliqué par plusieurs causes non exclusives. Sur le plan méthodologique, la relativement courte période de temps incluse dans la base (un peu plus d'une décennie) peut rendre compte que l'ensemble du phénomène n'a peut-être pas été capturé. Le plateau ne semble pas encore atteint lorsque l'on considère les prévalences à vie. D'autres auteurs mettent également l'accent sur la qualité des études (en particulier NESARC) que nous utilisons comme comparateur et qui ferait surestimer le phénomène (Paris, 2010).

Par ailleurs, il existe une sous-détection à l'intérieur des bases médico-administratives par rapport à des évaluations standardisées en population. Sur la base de l'étude de Comtois (Comtois *et al.*, 2014), on peut projeter que l'algorithme utilisé dans ce rapport capterait 2 cas de troubles de la personnalité de cluster B parmi les 10 réellement présents dans la population. Cet ordre de grandeur correspond en effet à l'écart observé entre la prévalence rapportée dans ce rapport et celle de

l'étude de population générale de Grant (Grant *et al.*, 2004).

La particularité d'une base médico-administrative est qu'elle capture des diagnostics à trois conditions : 1) que l'utilisateur ait un contact avec le système de soins, 2) que le diagnostic soit détecté, et 3) que le diagnostic de trouble de la personnalité soit considéré comme la dominante clinique. Hors, les comorbidités cliniques sont très élevées dans cette population et pourraient être vu comme la dominante clinique principale dans la cotation du diagnostic. Par exemple, un client avec abus de substance et trouble de la personnalité peut être coté seulement abus, ne laissant pas apparaître la condition reliée au trouble de la personnalité. Cela signifie que les usagers capturés par notre méthode sont ceux pour qui le diagnostic de trouble de la personnalité est considéré à l'avant-plan. Par rapport à la prévalence annuelle, la prévalence cumulée corrige partiellement le phénomène, rapportant tous les cas, quel que soit le moment du diagnostic. De façon pragmatique, les cas de prévalences annuelles sont probablement les cas de troubles de la personnalité les plus sévères selon les médecins, parmi l'ensemble des cas réels.

Outre les enjeux d'accès aux soins des usagers atteints et de la pertinence du diagnostic aux yeux du médecin, d'autres phénomènes participent à expliquer les différences entre la prévalence observée et la prévalence rapportée par les études de population générale : formation insuffisante, stigmatisation du diagnostic, approche thérapeutique strictement psychologique sans intervention médicale ou impression d'une problématique sans espoir, qui ne nécessiterait donc pas d'être diagnostiquée. La part de ces facteurs n'est pas mesurable dans nos données.

La différence observée entre le groupe B et non B, en termes de prévalence, peut être expliquée par le plus grand recours aux services des personnes du groupe B (comportements externalisés), plus que par une réelle différence dans la prévalence.

La surmortalité des personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B – réviser la notion de sévérité

La sévérité d'une condition médicale se juge notamment à l'impact qu'elle a sur la mortalité. La perte d'années de vie de 9 à 13 ans, selon le sexe, par rapport à la population générale, donne la mesure de cette condition. À ce critère, les troubles de la personnalité du groupe B représentent une condition aussi sévère que la schizophrénie et probablement plus sévère que le diabète (perte d'espérance de vie de 10 à 11 ans à la naissance ; Agence de la santé publique du Canada, 2011).

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur une méthode transversale. L'espérance de vie à 20 ans est donc celle que l'on obtiendrait si les individus de 20 ans étaient soumis tout au long de leur vie, aux taux observés dans la table de mortalité du moment. Afin d'obtenir des estimations plus robustes, les calculs d'espérance de vie ont été basés sur les données de mortalité qui ont été observées sur une période de 10 ans, de 2001 à 2010 inclusivement. Pour chaque strate d'âge, les cas traités actifs sont définis comme étant les individus ayant reçu au cours de l'année un diagnostic de trouble de la personnalité. L'utilisation d'une méthode transversale incite à la prudence lors de l'interprétation de la mesure de l'espérance de vie à l'âge de 20 ans pour les personnes souffrant de troubles de personnalité identifiés. En fait, la mesure représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de l'âge de 20 pour les individus soumis aux conditions de mortalité de cas traités et actifs au cours de la période d'étude.

Ces données québécoises paraissent inférieures aux données émergentes dans la littérature internationale qui se situent environ entre 13 à 25 années de vie de moins en moyenne (Ajetunmobi *et al.* 2013; Nordentoft *et al.*, 2013). Néanmoins, leurs résultats proviennent de patients admis en psychiatrie et non de ceux contactant l'ensemble du système de soins comme relevé dans nos sources de données. De plus, il a été rapporté que la surmortalité des hommes ayant un trouble de la personnalité est plus importante que celle des femmes avec ce même problème de santé mentale (Høye *et al.*, 2013).

L'effet de genre s'observe particulièrement sur deux causes, à savoir le suicide (prédominance féminine) et les syndromes cérébraux organiques (prédominance masculine). Il est possible que les hommes avec troubles de la personnalité du groupe B développant une démence soient davantage orientés vers les systèmes de soins, leur environnement ayant plus de mal à les soutenir avec cette comorbidité ajoutée. Il est probable également que les modifications de personnalité induites par le début de démence conduisent à des diagnostics de trouble de la personnalité chez les hommes. Il se peut que cela soit une conséquence des comportements addictifs ou d'un risque accru de trauma. Les hommes avec troubles de la personnalité du groupe B auraient en effet plus de recherche de sensations fortes que les femmes.

Les taux des diverses causes de mortalité sont significativement augmentés chez les patients présentant un trouble de la personnalité du groupe B par rapport au reste de la population. Le risque suicidaire fait généralement l'objet d'une attention particulière, à juste titre. Il représente une part majeure de la mortalité de cette population. Néanmoins, il faut noter l'importance des causes de mort associées à une cause médicale physique. Ainsi, une approche centrée sur la prévention du suicide est nécessaire pour lutter contre la surmortalité liée à cette maladie, mais une prise en charge comprenant, tout comme pour la schizophrénie, une attention aux habitudes de vie et aux comorbidités physiques, permettrait d'améliorer l'espérance de vie (Lesage *et al.*, 2015).

En ce qui concerne le suicide, il faut aussi souligner l'importance de la différence du rapport de taux de suicide entre les deux sexes. Il peut surprendre de voir le rapport de taux plus élevés de suicide chez les femmes que chez les hommes, étant donné que les données de surveillance montrent au Québec qu'il y a quatre fois plus d'hommes qui se suicident que de femmes (Gagné et St-Laurent, 2010). Il faut comprendre que les rapports de taux ici présentés, sont calculés pour chaque sexe, et représentent le risque accru de décéder par rapport aux femmes et aux hommes sans trouble mental diagnostiqué.

Le profil d'utilisation des services médicaux par les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B – un premier constat

Le recours aux médecins de famille dans une année reste majoritaire dans cette population comparativement aux autres services. La première ligne médicale semble ainsi accueillir 80 % des demandes des usagers du système avec un trouble de la personnalité. Il s'agit d'un profil proche des troubles anxio-dépressifs de ce point de vue (Lesage *et al.*, 2012). Néanmoins, quand l'on regarde l'utilisation des autres services, plus intensifs ou plus spécialisés (psychiatrie, hospitalisation et urgence), leur profil est comparable à ceux des patients avec troubles schizophréniques. Ce groupe de patients semble donc avoir un profil similaire d'utilisation des services que les autres troubles, à savoir une forte propension pour la première ligne, comme les troubles anxio-dépressifs, mais aussi un fort tropisme pour la deuxième ligne, comme la schizophrénie. En outre, il permet de relever qu'ils se trouvent parmi les utilisateurs les plus importants en termes de services d'urgence.

Ces profils sont congruents avec les données d'observation de la littérature qui rapportent une forte utilisation des hospitalisations et des urgences (Zanarini *et al.*, 2004). Ils permettent aussi de souligner l'écart entre les pratiques et les recommandations internationales qui favorisent les prises en charge ambulatoire au détriment des programmes hospitaliers. Cette inadéquation peut s'expliquer par la rareté des programmes de soins dédiés à cette clientèle. Les bonnes pratiques soutiennent que l'efficacité du traitement du trouble de la personnalité limite tient à l'utilisation de programmes spécialisés et spécifiques. Il en résulte, en leur absence, que les patients se tournent vers d'autres programmes ou des soins généralistes qui favoriseraient l'utilisation importante et inadéquate des services (Fallon, 2003).

Nous avons ainsi lieu de penser que si le système offre une réponse adéquate dans la répartition des premières et deuxième lignes, le faible nombre de programmes spécialisés majeure l'utilisation inadéquate des ressources de deuxième ligne. Il est cependant notable que notre étude ne capte pas les différences

d'organisation sur chaque secteur (pour certaines régions la première ligne organise les soins aux personnes ayant un trouble de la personnalité, dans d'autres, c'est la deuxième ligne et parfois la troisième). Il y aurait là une possible piste d'amélioration de l'organisation sanitaire dans le domaine. Elle s'ajouterait à la sensibilisation des professionnels et de la population générale.

Offrir les services évalués comme requis, promouvoir les arrimages et la collaboration entre la personne et les différents prestataires de services, développer un accompagnement approprié favorisant chez ces personnes le rétablissement tout en évitant les régressions (sensibilisation par rapport au trouble de la personnalité chez la personne afin de susciter la reconnaissance et la motivation au traitement et auprès des professionnels de la santé et des services sociaux sur l'importance des arrimages et du cadre thérapeutique essentiel).

Conclusion

Les troubles de la personnalité du groupe B représentent une condition psychiatrique fréquente. Leur taux de mortalité les classe parmi les troubles chroniques, tant psychiatriques que physiques, de très haute létalité (Lesage *et al.*, 2012; Lesage *et al.*, 2015). De plus, fait notable, la surmortalité associée à cette pathologie psychiatrique ne rend pas compte de la souffrance psychologique vécue par la personne qui en est atteinte, ou par ses proches, ni les impacts vécus au niveau du fonctionnement psychosocial. La sévérité de cette condition psychiatrique teinte de toute évidence le profil d'utilisation des services de ceux qui en sont atteints, profil qui se rapproche des personnes atteintes de troubles schizophréniques. Dans le contexte de la gravité de cette condition, les profils de services montrent des décalages avec les recommandations internationales, questionnant non pas la quantité de ressources qui leur est dédiée, mais l'organisation de ces dernières en programmes spécialisés. Il reste à démontrer que ces programmations spécialisées pourront améliorer significativement les symptômes, la qualité de vie et l'espérance de vie des personnes avec troubles de la personnalité du groupe B.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada, Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Ottawa, 2011.

Ajetunmobi O, Taylor M, Stockton D, Wood R. Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*. 2013 Jul 30;3(7).

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4;4:37.

Chiang CL. The life table and its applications. Robert E. Krieger, 1984.

Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *J Behav Health Serv Res*. 2014 May 30.

Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003 Aug;10(4):393-401.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):948-58.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):533-45.

Hörz S1, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr Serv*. 2010 Jun;61(6):612-6.

Høyve A, Jacobsen BK, Hansen V. Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway--a prospective register study. *BMC Psychiatry*. 2013 Nov 26;13:317.

Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*. 2013 Oct;47(10):1499-506.

Lesage A, Émond V, Rochette L. Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec, 2012. 16 p.

Lesage A, Rochette L, Émond V, Pelletier E, St-Laurent D, Diallo FB, Kisely S. A surveillance system to monitor the excess mortality of the mentally ill in the canadian context. *Can J Psychiatry*. 2015, sous presse.

Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T, COSMIC study team. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Apr;45(4): 453-60.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1).

Paris J. Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *J Pers Disord*. 2010 Aug;24(4):405-11.

Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, Ruan WJ, Pulay AJ, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jul;69(7):1033-45.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.

van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 2007 Sep;22(6):354-61.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jan;65(1):28-36.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162:1911-8.

Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services

AUTEURS

Lionel Cailhol
Hôpital régional de Saint Jérôme
Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Université de Montréal

Alain Lesage
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Louis Rochette
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Éric Pelletier
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Évens Villeneuve
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Lise Laporte
Centre universitaire de santé McGill
Centre de recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Pierre David
Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Université de Montréal

MISE EN PAGE

Sylvie Muller
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

RELECTURE EXTERNE

Simon Poirier
Centre hospitalier de l'université Laval, CHU Québec

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes de la Direction de la santé mentale et de la Direction générale adjointe de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ayant relu ce document pour leurs judicieux commentaires.

Déjà paru :

- Numéro 5 : Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007
- Numéro 6 : Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services
- Numéro 7 : Surveillance des cardiopathies ischémiques au Québec : prévalence, incidence et mortalité
- Numéro 8 : Prévalence de l'hypertension artérielle au Québec : comparaison entre les données médico-administratives et les données d'enquêtes
- Numéro 9 : Portrait des fractures ostéoporotiques chez les adultes québécois âgés de 50 ans et plus pour la période 1997-1998 à 2011-2012
- Numéro 10 : Surveillance de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : étude de faisabilité à partir des fichiers administratifs

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 1922-1754 (version imprimée)
ISSN : 1922-1762 (PDF)
ISBN : 978-2-550-73191-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-73192-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2015)

N° de publication : 1996