



# 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

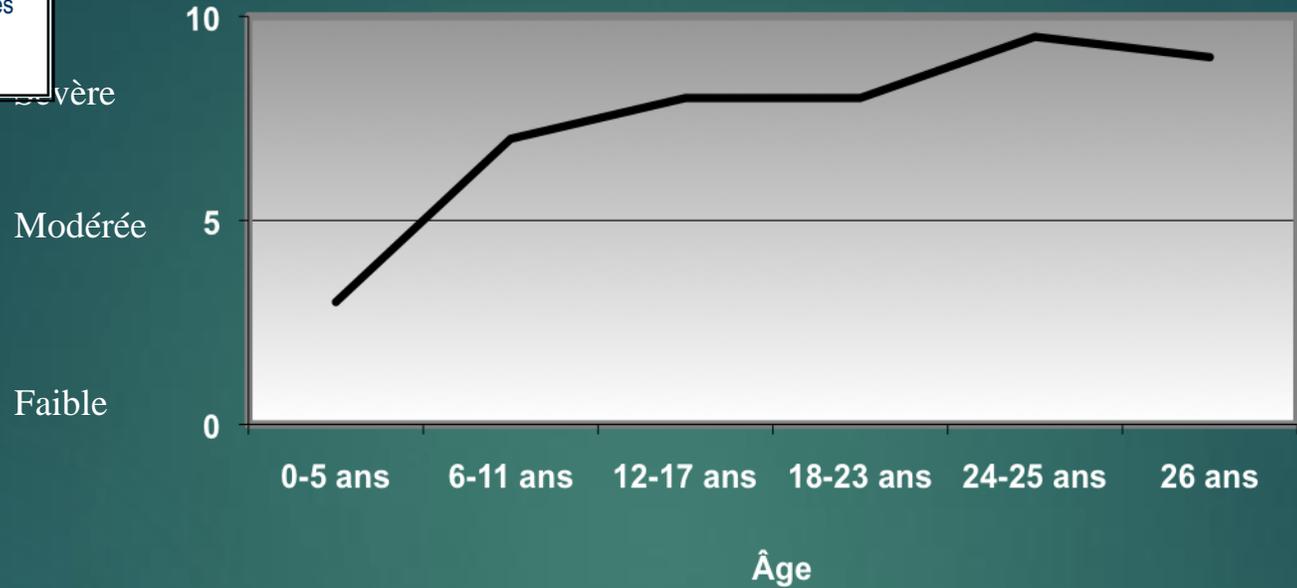
## Surveillance des troubles de la personnalité

► 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<sup>ère</sup> 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

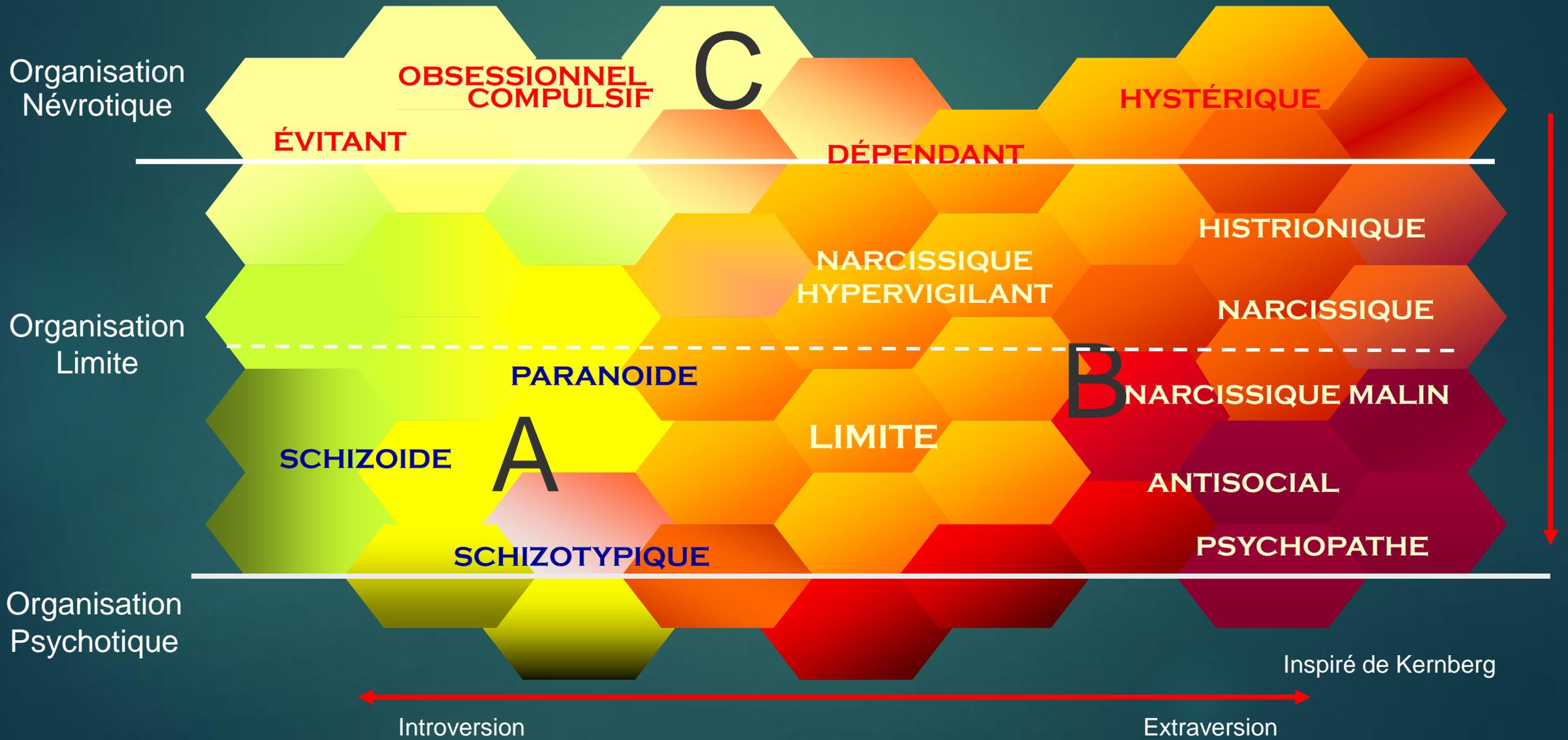
*TP Schizoïde*  
*TP Schizotypique*  
*TP Paranoïde*

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%
<b>Groupe -A</b>	<b>2.1%</b>	<b>4.1%</b>	
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%
<b>Groupe -B</b>	<b>4.5%</b>	<b>3.1%</b>	---
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%
<b>Groupe -C</b>	<b>2.8%</b>	<b>9.4%</b>	---
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<sup>e</sup> 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

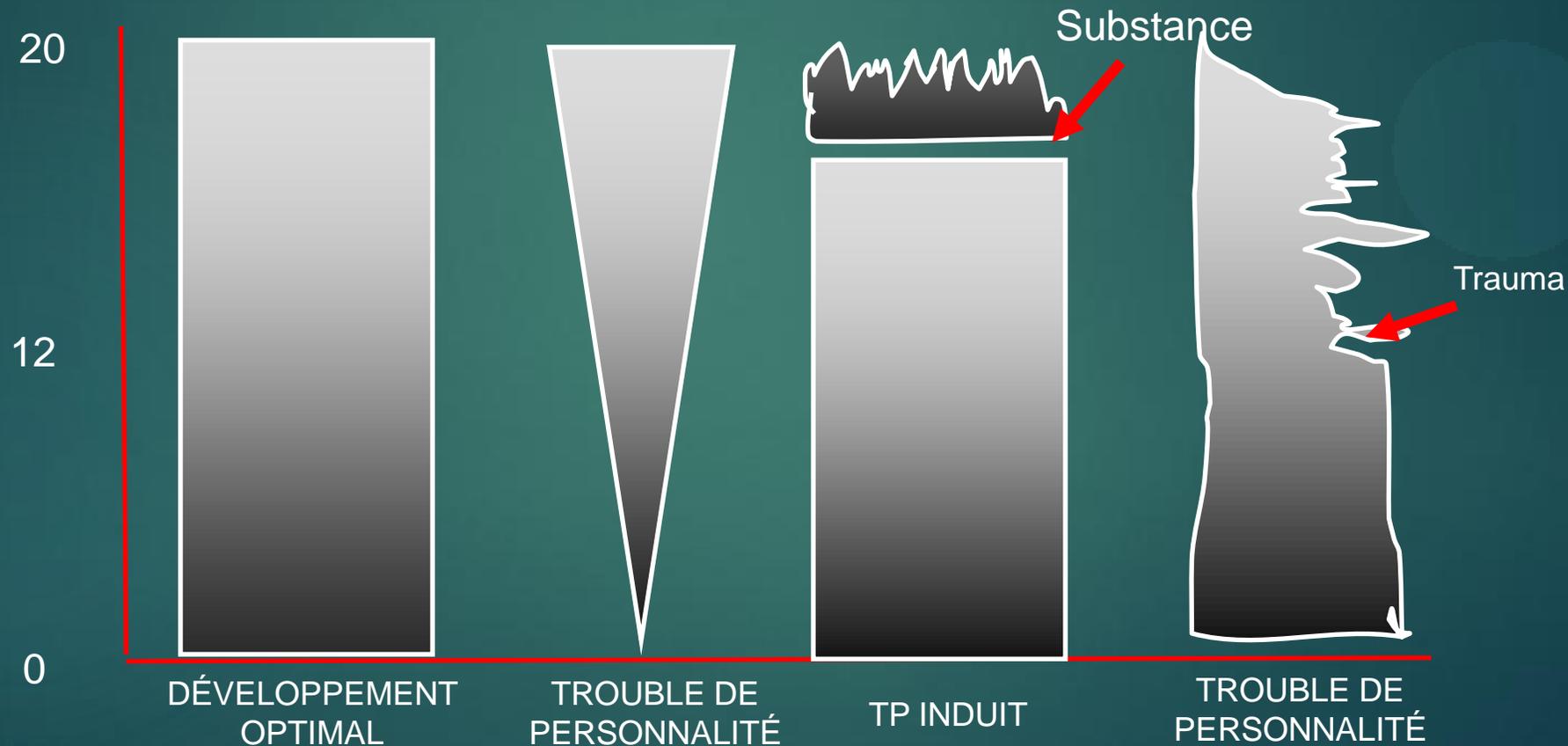
- Honnêteté / mensonge
- Respect de la justice
- Respect des autres

# DEVELOPPEMENT

# Développement de la personnalité

## La personnalité = un Processeur

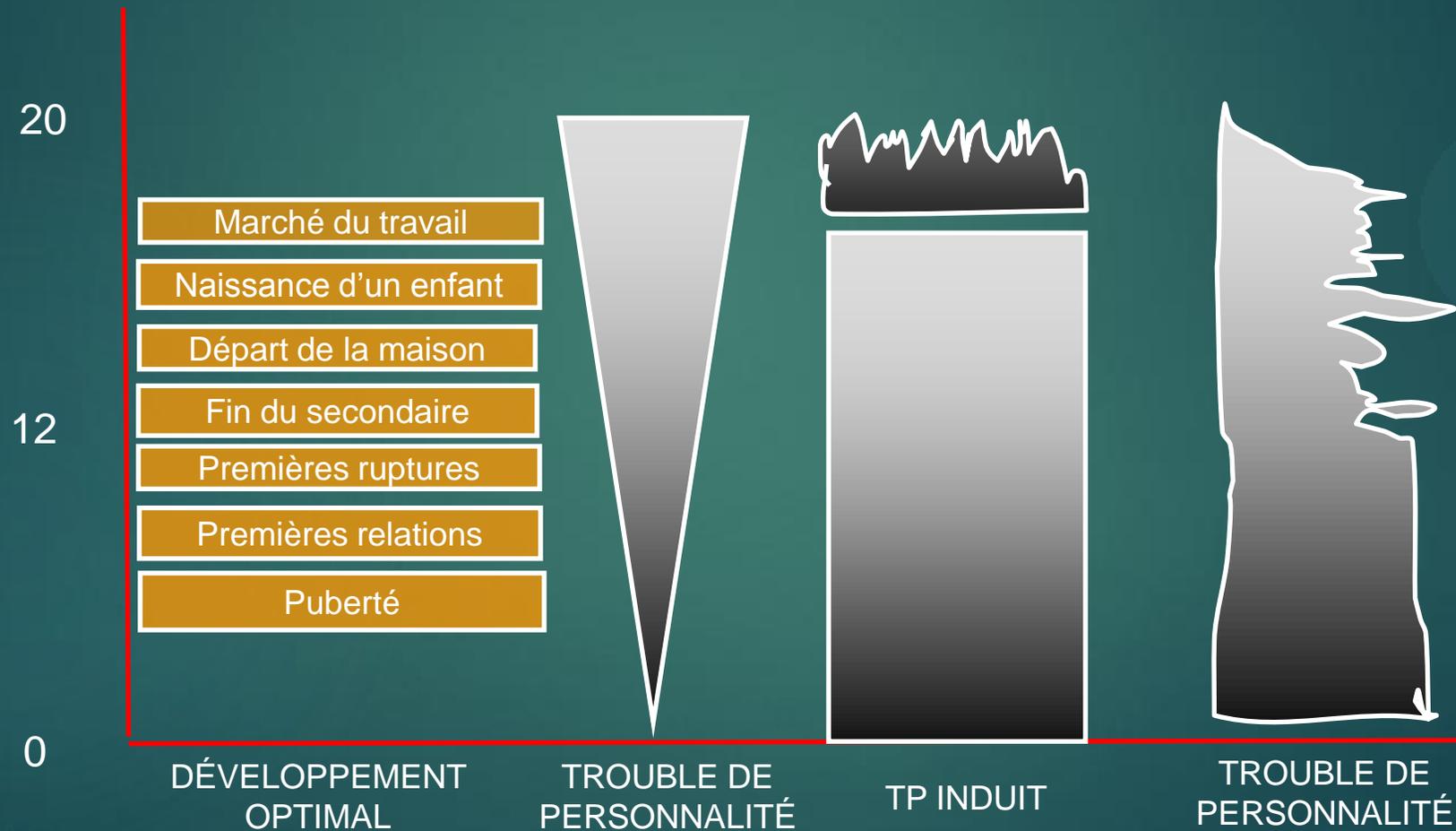
Le processeur, l'« Unité centrale de traitement », est le composant essentiel d'un ordinateur qui interprète les instructions et traite les données d'un programme, associé aux mémoires primaires ( premières années de vie ) et aux dispositifs d'entrée/sortie (vie actuelle)



# Troubles de la personnalité

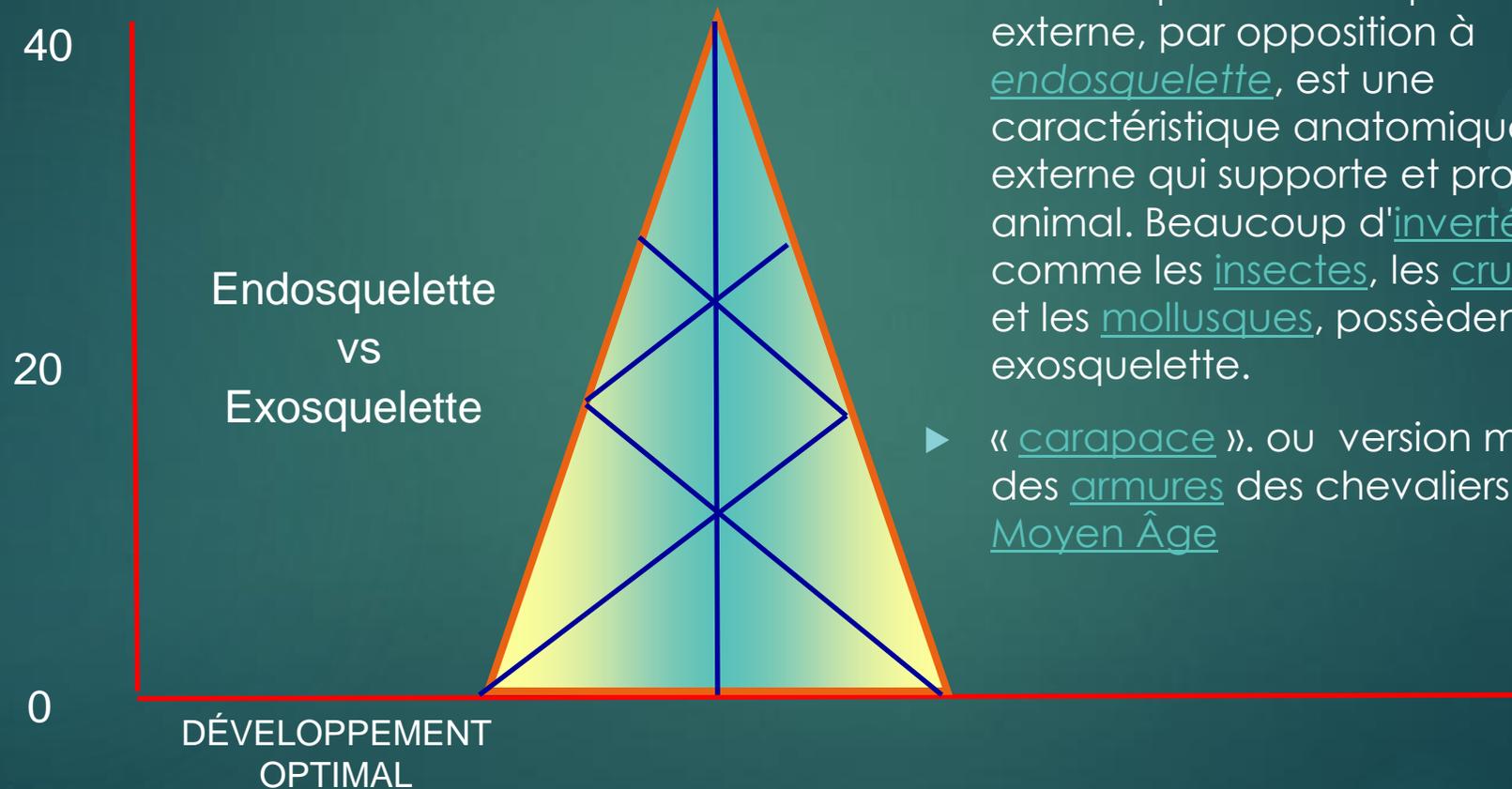
## Déclencheurs:

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



# Développement de la personnalité

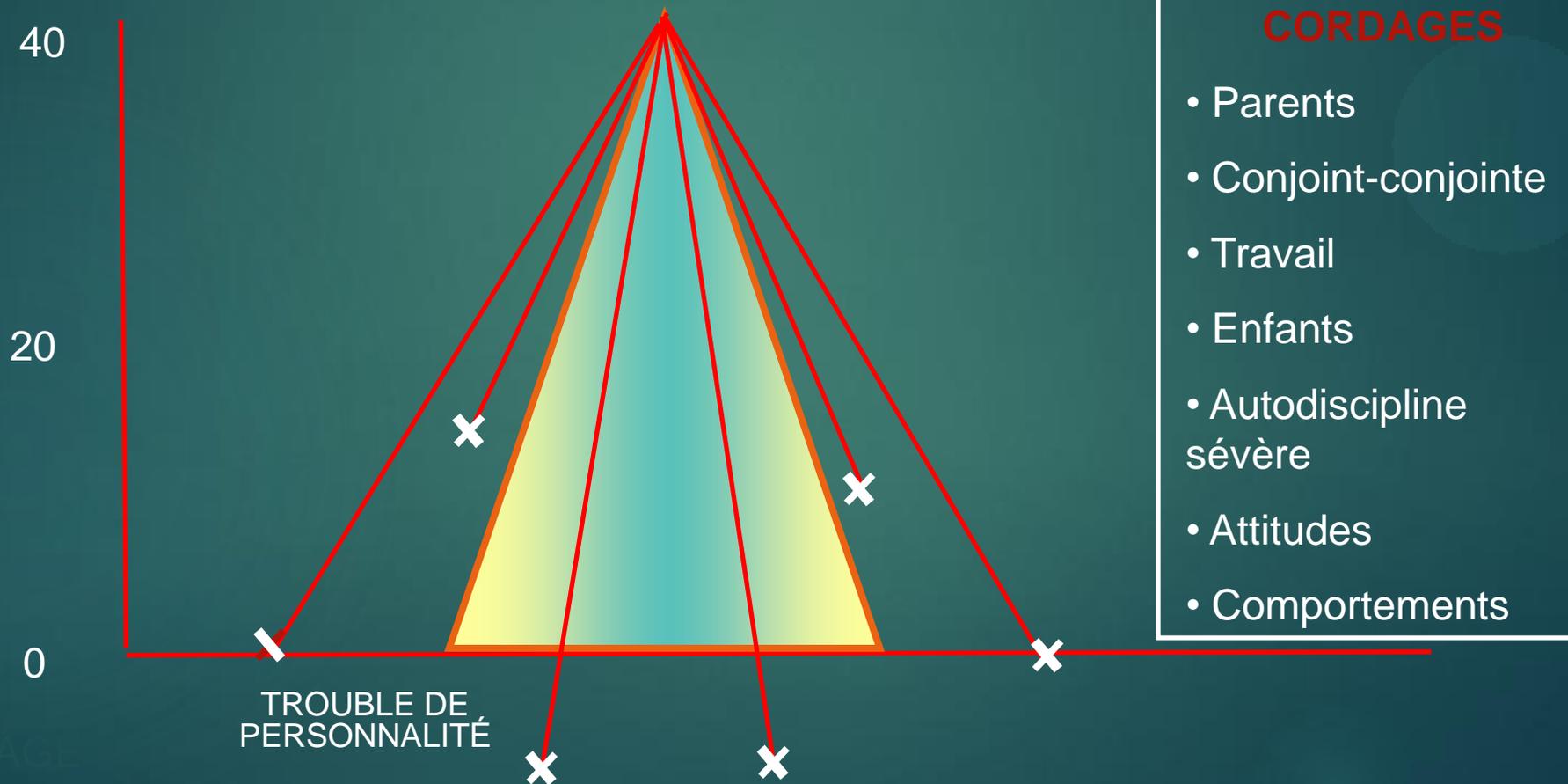
## Endosquelette affectif chez une personnalité mature



- ▶ 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

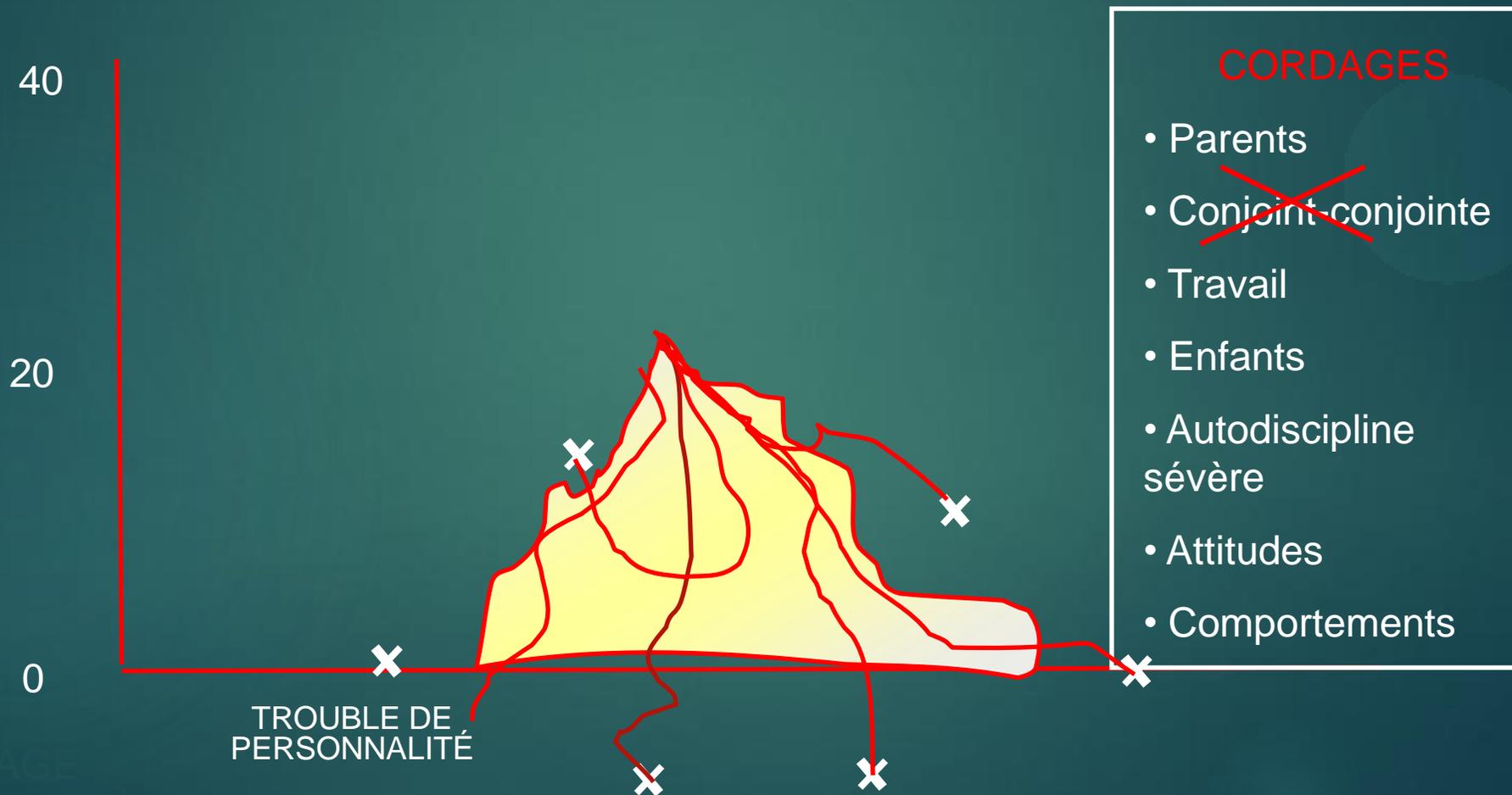
# Trouble de la personnalité

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)

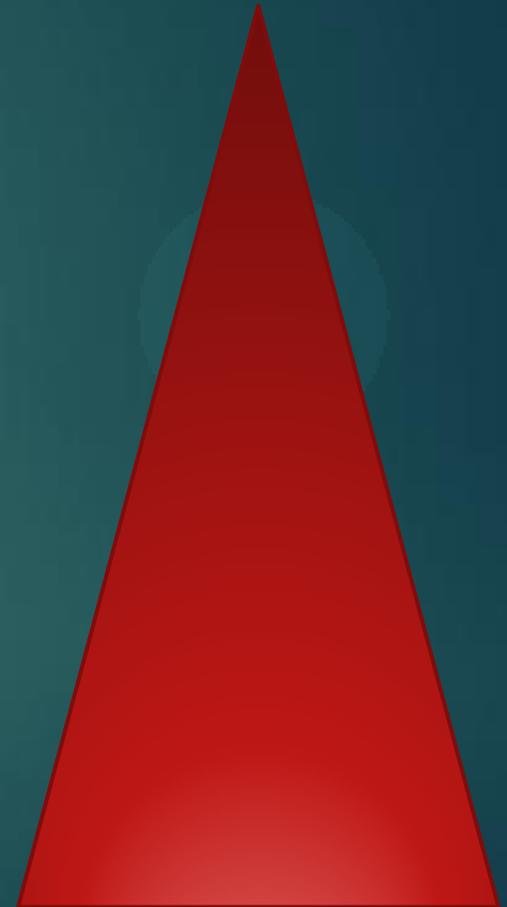
- ▶ LA COMORBIDITÉ EST LA NORME (Zanarini et al 2006)
  - ▶ Troubles de l'humeur :
    - ▶ Dysthymie : 70%
    - ▶ Dépression majeure : 50%
    - ▶ MAB II : 11%
    - ▶ MAB I : 9%
  - ▶ Trouble lié aux substances : 35%
  - ▶ Trouble anxieux : 50%
    - ▶ PTSD : 30%
  - ▶ Trouble alimentaire : 25%
    - ▶ 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

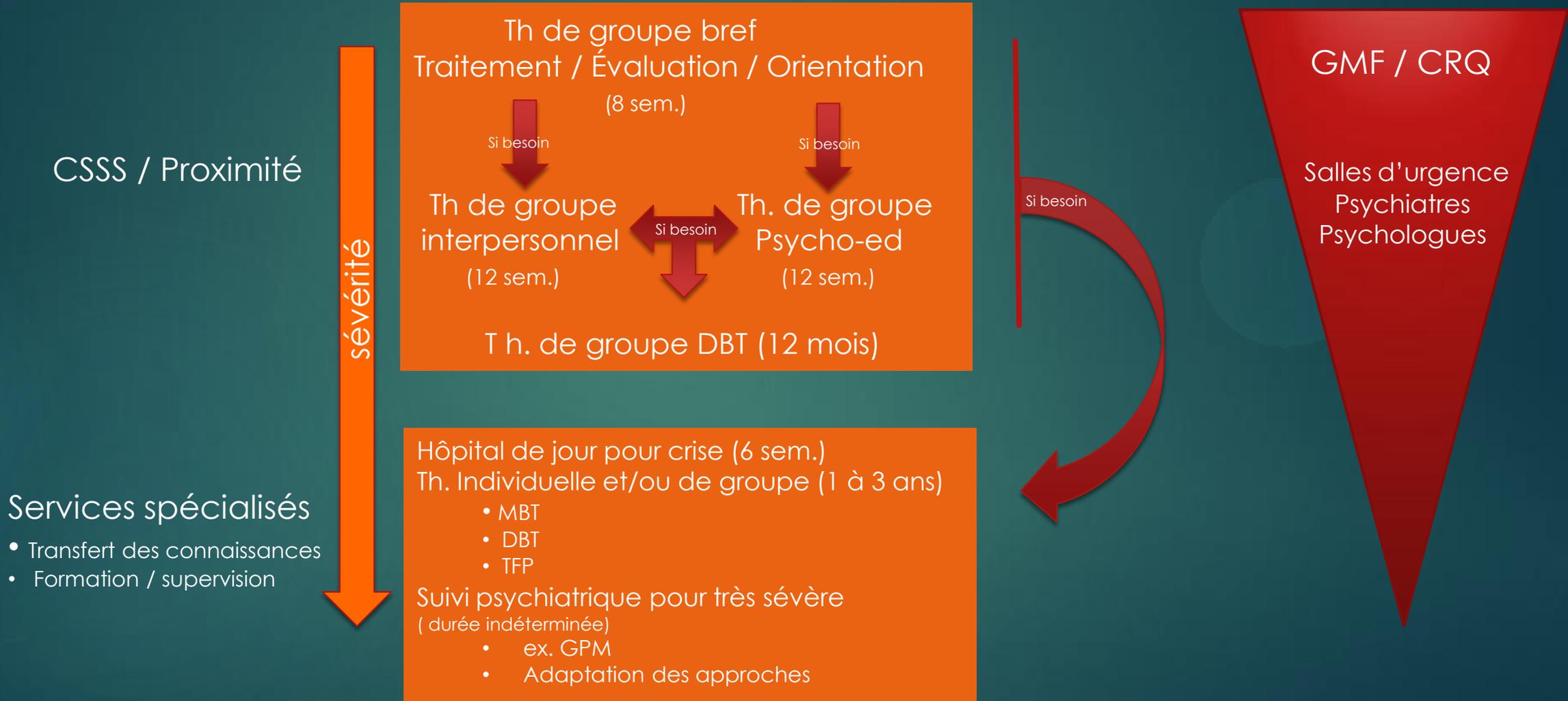
- ▶ Plus difficile à atteindre que la rémission des symptômes
  - ▶ 60 % atteignent un rétablissement de 2 ans
  - ▶ 54 % atteignent un rétablissement de 4 ans
  - ▶ 44 % atteignent un rétablissement de 6 ans
  - ▶ 40 % atteignent un rétablissement de 8 ans

# Ontogénèse du trouble de la personnalité

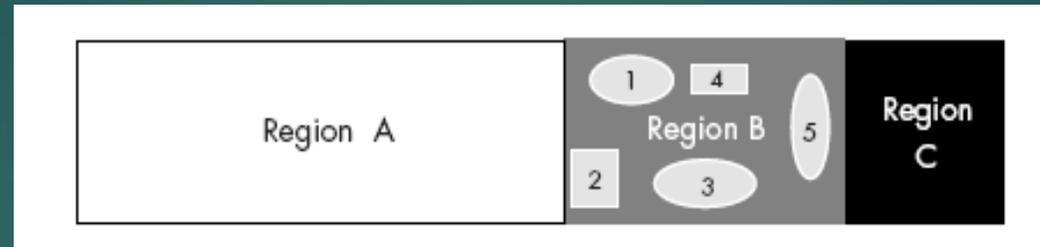
- ▶ De 2010- 2020 : D'un paradigme de psychothérapie vers un paradigme de traitements et stratégies intégrés
  - ▶ Traitements séquentiels et intégrés
  - ▶ Expansion du champ de la traitabilité
  - ▶ Intégration de diverses stratégies et modalités
  - ▶ Travail en collaboration
  - ▶ Et quoi d'autre ?
    - ▶ 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