

ECHO® CHUM

Troubles concomitants

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

Trouble de personnalité limite

25 janvier et 15 février 2022

Simon Dubreucq

Psychiatre

PowerPoint de Dre Florence Chanut

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Université
de Montréal



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Simon Dubreucq

**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel
en lien ou non avec le contenu de cette présentation.**



Objectifs de la capsule de formation

Permettre aux partenaires de :

- 1 Réviser la notion de trouble de personnalité limite
- 2 Connaître les approches reconnues dans le traitement du TPL
- 3 S'outiller pour mieux gérer les patients ayant un TPL



Définition



Trouble de la personnalité : critères généraux

- Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - La cognition (perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
 - L'affectivité (diversité, intensité émotionnelle, labilité, adéquation de la réponse émotionnelle)
 - Le fonctionnement interpersonnel
 - Le contrôle des impulsions
- Modalités rigides et envahissant les situations personnelles et sociales
- Souffrance significative ou altération du fonctionnement
- Stable et prolongé. Premières manifestations au plus tard à l'adolescence ou début de l'âge adulte
- Pas dû à un autre trouble mental, aux substances ou une autre affection médicale

Trouble de personnalité limite



Critères diagnostiques

• Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans des contextes divers. Au moins 5 manifestations :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Relations interpersonnelles instables avec alternance entre idéalisation excessive et dévalorisation
3. Perturbation de l'identité (instabilité de l'image de soi)
4. Impulsivité dans au moins 2 domaines (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile, boulimie)
5. Gestes/menaces suicidaires ou automutilations
6. Instabilité affective (heure, maximum quelques jours)
7. Sentiment chronique de vide
8. Colères intenses et inappropriées
9. Idéation persécutrice ou dissociation en période de stress

Trouble de personnalité antisociale



Critères diagnostiques

- Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
 1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux
 2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par pur plaisir (mensonges répétés, escroqueries, pseudonymes)
 3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
 4. Irritabilité et agressivité (bagarres et agressions)
 5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité et celle d'autrui
 6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer ses obligations financières
 7. Absence de remords
- Présence d'un trouble des conduites avant 15 ans



N.B. Il n'existe aucun traitement pour le TP antisocial scientifiquement validé.

Définition opérationnelle du TPL



Psychopathologie centrale du TPL (Zanarini, 2007) :

1. Douleur intérieure intense
 - Tempérament
 - Adversité psychosociale passée et présente
2. Méthodes inadaptées comportementales et interpersonnelles pour la gérer
 - Dont l'usage de substances
 - Résistantes au changement, car elles sont efficaces à court terme pour faire diversion/soulager temporairement

Discrimination et TPL



Mythe du mauvais pronostic

- « Les données semblent indiquer que les troubles de la personnalité sont le groupe le plus stigmatisé parmi les catégories de troubles de santé mentale » Caththoor Ketal. Adolesc Health Med Ther. 2015
- « People with a diagnosis of personality disorder are considered one of the most stigmatized groups within mental health services » Sheehan, Niewegłowski, & Corrigan, 2016
- Décès par suicide : 3-10 %
- Par contre, **évolution générale favorable avec le temps**, selon deux études longitudinales sur 10 ans : rémission du TPL chez 40-50 % en deux ans, jusqu'à 88 % rémission à 10 ans, rechutes rares. Skodol et al. 2005, Zanarini et al, 2005



TPL et Troubles liés aux substances



Comorbidité fréquente

- McGlashan et al. (2000) : 700 pers. avec TP
 - 40,9 % Trouble de l'usage (TU) de l'alcool
 - 37,3 % TU drogue(s)
- National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC, Grant et al., 2004) :
Prévalence 12 mois de Trouble lié (TL) à une substance chez TP :
 - 40,6 % chez TP narcissique (Stinson et al., 2008)
 - **50,7 %** chez TPL (Grant et al., 2008)
- Zimmerman & Coryell (1989) : chez personnes avec prévalence à vie d'un TP :
 - Prévalence à vie de TL substance de **43 % à 77 %**

TPL et Trouble de l'usage de substances (TUS)



Pronostic

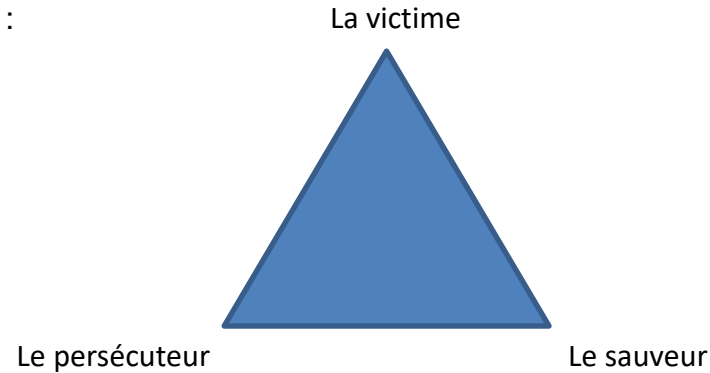
- TP + TUS augmentent
 - Polytoxicomanie
 - Tentatives de suicide
 - Partage de seringues
 - Surdoses
- Et beaucoup de conséquences psychosociales : dettes, rupture des liens familiaux, risque d'itinérance, pertes d'emploi, problèmes judiciaires, grande consommation (inefficace) de soins
- Le TUS est la comorbidité étant le + prédicteur de non-rémission du TPL
 - Moins bon pronostic des deux troubles si comorbides
- Réponse au traitement du TUS chez TPL : comparable à ceux n'ayant pas de TPL, mais risque de rechute possiblement augmenté

Principes généraux



Attitude du/des soignant(s)

- Pour être utile au patient et pour durer, il faut éviter la SUR ou la SOUS intervention
- Triangle tragique de Karpman :



- Un TPL nous fait vivre :

- Peur
- Culpabilité
- Glissement éthique



Traitements spécifiques reconnus



Traitements

- Approches psychothérapeutiques
 - Thérapie comportementale dialectique (DBT), adaptation pour TU comorbide (Linehan 1999)
 - Thérapie des schémas, adaptation pour TU comorbide (Ball & Young 1998)
 - Thérapie basée sur la mentalisation (Bateman & Fonagy)
 - Thérapie centrée sur le transfert (Kernberg)
- Taille d'effet comparable
- Importance d'avoir une approche structurée
- Pharmacologie
 - Pas de traitement pharmacologique
 - Pharmacologie = adjuvant pour diminuer certains symptômes
 - Impact limité (antidépresseur, antipsychotique, stabilisateurs de l'humeur)
 - Comorbidité
 - Période de crise



Principes généraux d'intervention



Modalités de suivi

- Limiter l'utilisation/l'éparpillement des ressources (clivage et magasinage) : communication continue entre les intervenants, centraliser le suivi, interventions familiales/réseau (systémiques)
- Cadre : Quel est le mandat de l'organisation ? Quel est votre rôle ? Quels sont les moyens à votre disposition ? (et s'en tenir à cela)
- Élaborer un plan en cas de crise dès le départ : les moyens que le patient peut mettre en œuvre pour assurer sa sécurité
- « D'abord ne pas nuire » :
 - Éviter les hospitalisations (risque de régression) et les « prises en charge » à long terme
 - Limiter l'usage de Rx (et éviter la polypharmacie), en particulier à potentiel addictif
- Préparer soigneusement les transitions/fins de suivi DÈS le début du suivi



Principes généraux d'intervention (suite)



Cadre thérapeutique

- Référence utile : « Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder », Gunderson J.G. (et P. Links), American Psychiatric Publishing, 2014 : voir chap. 2.
- Hiérarchiser les priorités de traitement
 - 1) Sécurité : Comportements auto-hétéro agressifs
 - 2) Intoxications
 - 3) Absentéisme
 - 4) Stabiliser la situation psychosociale et le TUS avant d'aborder les enjeux du passé ou « le mieux-être »
- La validation de la souffrance du patient et de ses forces est un outil puissant pour bâtir l'alliance thérapeutique (voir TCD-Linehan et Entretien motivationnel)

TPL et TUS comorbides



Remarques à propos du cadre 1

- D'abord, un dépistage systematique des TUS et/ou du TP à l'évaluation initiale est nécessaire
- Traitement séquentiel ou conjoint ne veut pas dire exclusion :
Acceptez le patient en traitement ET recommandez un traitement supplémentaire pour le TUS (ou le TPL : si nécessaire et opportun à ce stade)
 - P. ex. : CTR-D : suspension des thérapies autres SAUF celles pour toxico, parfois même exigée
- Le travail de la motivation fait partie du traitement et est une responsabilité partagée avec le patient :
 - Entretien motivationnel



Vignette clinique 1 : M. l'étudiant



- Homme de 24 ans, étudiant en horticulture, vit avec colocs. A consulté parce qu'a peur d'être bipolaire, car fluctuations de l'humeur fréquentes, se dit hypersensible aux autres, facilement anxieux, abandonne à répétition ses engagements personnels et professionnels. Idées suicidaires chroniques sans intention ni plan lorsqu'il se sent découragé, jamais passé à l'acte. Automutilation à l'occasion, par coupures superficielles. Il consomme du cannabis quotidiennement à raison de 1 à 2 g/j, mais se sent incapable de diminuer, car lui permet de gérer ses émotions et l'aide à dormir, même s'il reconnaît que cela le rend « down » et plus anxieux le lendemain. Il consomme aussi de l'alcool par binge, la fin de semaine surtout, n'a jamais fait de sevrage compliqué, se sent davantage capable de limiter ROH que THC. Il est très réfractaire à toute prise de Rx.

- Dans le traitement (intégré si possible) de ce patient, que prioriseriez-vous relativement à ce stade-ci : le traitement du TPL ou du TUS ?



Vignette clinique 2 : Mme ABC



- Femme de 50 ans, habite seule en appartement, bien-être social depuis de nombreuses années. Elle est isolée socialement, sauf de différents intervenants : Diogène, CRD, différents professionnels de SM et psychiatrie et de ses parents avec qui elle a une relation très conflictuelle. A fait plusieurs tentatives de suicide dans sa vie, mais aucune depuis plus de 2 ans. Se sent triste et misérable la plupart du temps et se pense impossible à aider. Passé amoureux difficile, se sent rapidement rejetée et fait des crises de colère. Logement en péril, car ne paie pas toujours son loyer et ne l'entretient pas. Elle a tenté de faire plusieurs séjours de désintox ou de thérapie résidentielle, mais n'est jamais restée jusqu'au bout. Elle consomme environ 8 CO de méthamphétamines par jour, boit min. 6 conso. ROH/j, 7 j/7, tendance à augmenter dernièrement et a des tremblements le matin et une anxiété insoutenable avant de prendre sa première bière. Elle prend de la cocaïne en binge au début du mois ce qui la rend ensuite dépressive pour plusieurs jours, au point d'être activement suicidaire.
- Quelle serait la priorité à court terme au plan thérapeutique pour aider cette patiente ? La thérapie pour le TPL ou le traitement du TUS ? De quelle façon ?

Pistes d'intervention intégrée 1



- **Sauf si TUS léger : priorité relative du traitement du TUS sur le traitement du TP tant que TUS instable**
- Évaluation continue du degré de soutien nécessaire pour le TUS à chaque rencontre
 - L'usage de substance fait partie intégrante du suivi psychiatrique
 - Son évaluation régulière est thérapeutique en soi : journal de la consommation, dépistages urinaires, etc.
- Intégrer une cible de traitement reliée au TUS dans le contrat thérapeutique du TPL
- Suggestion :
 - Regrouper les patients comorbides dans un groupe thérapeutique pour TPL (p. ex. : TCD) et intégrer les thèmes toxico



Pistes d'intervention intégrée 2



- En présence d'un TL substance modéré à sévère, demander au patient une implication supplémentaire liée à la toxico, en plus de ce que vous pouvez fournir comme traitement intégré du TP
 - De préférence, selon le choix du patient (augmente l'observance)
- Pour les médecins : un traitement intégré demande
 1. Une solide capacité à dire « NON » aux demandes inappropriées de Rx (si possible en maintenant l'alliance thérapeutique !)
 - Opiacés, benzos, « Z-pills », psychostimulants
 - Polypharmacie, en réponse aux demandes insistantes du patient
 2. Et une gentille insistance à ce que le patient dise « OUI » à un traitement du TUS et/ou à une Rx recommandée pour le traitement du TUS

En présence d'un TUS comorbide



Remarques à propos du cadre 2

- Capacité à traiter des patients avec TUS ou TP plus sévère sera proportionnelle à la flexibilité du cadre (au moins initialement)
 - Si absentéisme :
 - Nombre d'absences tolérées avant la fin des services ?
 - Lettre de rappel du cadre et du RV
 - Demander la présence de proches/intervenants
 - RV à la demande du patient plutôt que planifié à l'avance
 - Traitement intermittent, mais facilement accessible, etc.
 - « Principe de l'élastique » :
 - Cadre plus flexible au départ avec objectifs modestes de traitement et emphase sur l'engagement du patient en traitement (qq sem/mois)
 - Avec exigences qui augmentent progressivement jusqu'au cadre habituel, sans retour en arrière

Messages clés



- Le traitement du TUS comorbide au TP est possible
- Et a un effet bénéfique majeur sur l'évolution du TP
- Le traitement intégré du TP et TUS est l'idéal, sinon traitement conjoint
- Il est possible de traiter de façon plus intégrée les TUS dans les services courants pour TP en dépistant, éduquant, motivant et en suivant de façon systématique les cibles de traitement toxico
- Avec l'appui des ressources dans la communauté

Références



Biskin RS, Paris J, management of borderline personality disorder, CMAJ, 2012, 184 (17) doi:10.1503 /cmaj.112055

Cloutier R et coll., Toxicomanie et maladies mentales dans Lalonde P et Pinard G-F, Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale, 4^{ème} édition, TC media livres Inc. 2016, p909 - 924

David P. et coll., Troubles de la personnalité, dans Lalonde P et Pinard G-F, Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale, 4^{ème} édition, TC media livres Inc. 2016, p925 - 963

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management NICE clinical guideline*. London : National Institute for Health and Clinical Excellence.

National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Melbourne : National Health and Medical Research Council. www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh25

Ross S. et coll, Co-Occuring personality disorders and addiction, dans Ries RK et coll, The ASAM principles of addiction medicine, fifth edition, Wolters Kluwer, 2014, p1385-1402



QUESTIONS? COMMENTAIRES?

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Université
de Montréal



MERCI!

Pour information : Contactez Soraya E. Jean
soraya.erline.jean.chum@ssss.gouv.qc.ca

Visitez notre site :
<https://ruiss.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

