



**tout
un monde en
action**

Journées annuelles
de santé mentale

2019



Troubles de la personnalité du groupe B : une initiative québécoise pour la mise en place d'une offre de service cohérente est-elle possible?

- Lionel Cailhol, psychiatre IUSMM
- Pierre David, psychiatre IUSMM
- Véronique Painchaud, infirmière CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- Nadine Larivière, ergothérapeute et chercheuse Institut universitaire en santé mentale 1^{re} ligne SSS - Sherbrooke

Atelier C4

Plan

- Enjeux de santé concernant les troubles de personnalité : Lionel Cailhol
- Organisations des services : perspectives historiques : Pierre David
- Retour sur l'expérience de l'équipe de 1^{re} ligne CLSC Hochelaga : Véronique Painchaud
- Recherche et évaluation des services : Nadine Larivière

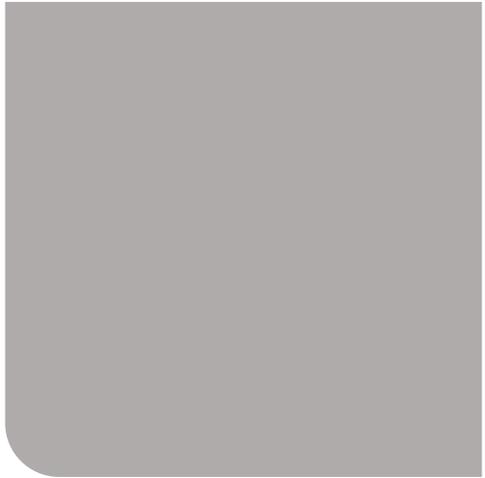
Enjeux concernant les troubles de personnalité

Lionel Cailhol, MD, Ph. D.

Psychiatre, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

Chercheur associé, CRIUSMM



FRÉQUENT

SÉVÈRE

Objectifs

1. Connaître les caractéristiques épidémiologiques des troubles de personnalité.
2. Comprendre l'implication thérapeutique et organisationnelle de ces données.



Définition

- Personnalité normale
- Trouble de personnalité
 - Trouble de personnalité du groupe A
 - Trouble de personnalité du groupe B
 - Ex : Trouble de personnalité limite
 - Trouble de personnalité du groupe C

Origines multiples



BIOLOGIQUE

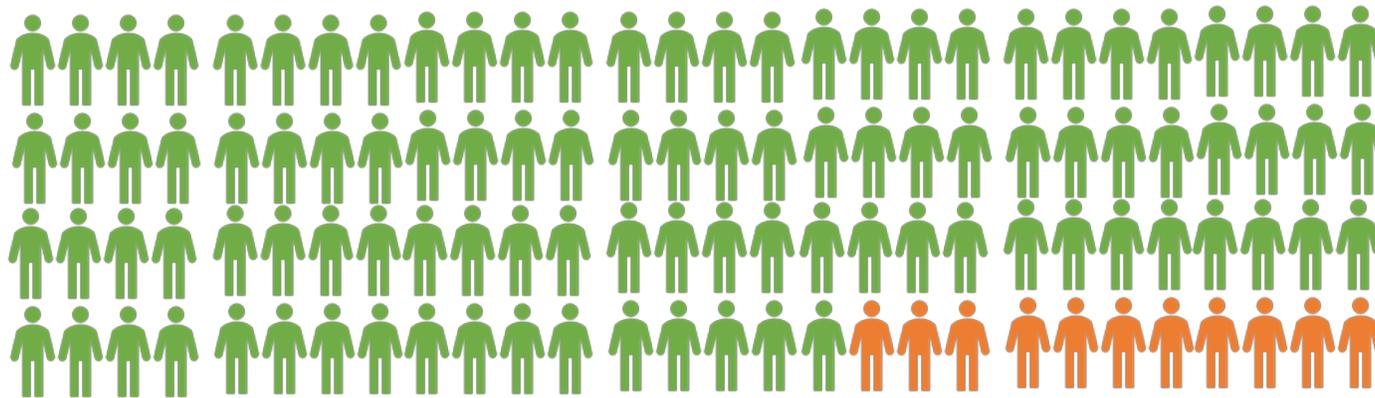


**INTERACTION
ENVIRONNEMENT**



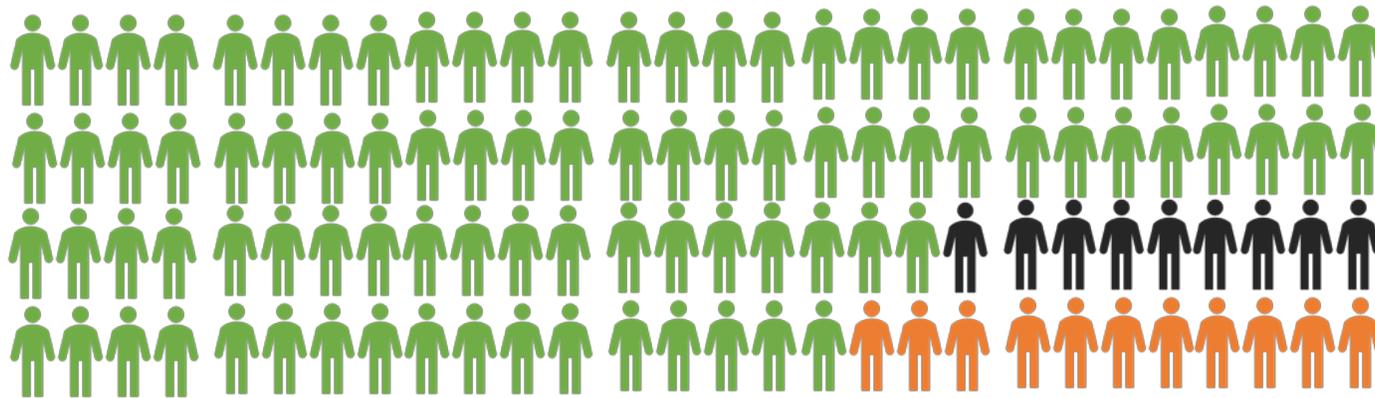
TRAUMATISMES

Fréquence : trouble de personnalité



Plus de 10 % de la population aurait un trouble de personnalité

Fréquence : trouble de personnalité



← Comparaison physique : 8 % de diabète

Fréquence : trouble de personnalité du groupe B



2 à 3 % avec un trouble de personnalité du groupe B

Fréquence : trouble de personnalité du groupe B



← Comparaison
psychiatrique : 1 %
de schizophrénie

Constellation de problèmes

Habitudes
de vie

Maladies
Psychiatriques

Utilisation
de
substances

Maladies
physiques

Suicide

Impact
social

Impact sur
les autres

Parentalité

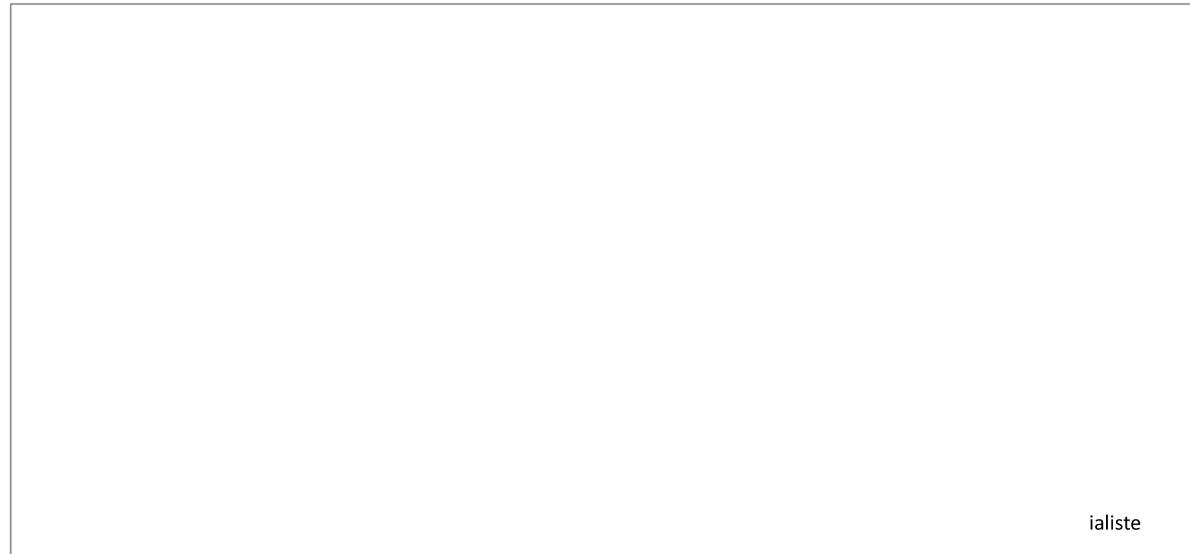


ÉVOLUTION DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

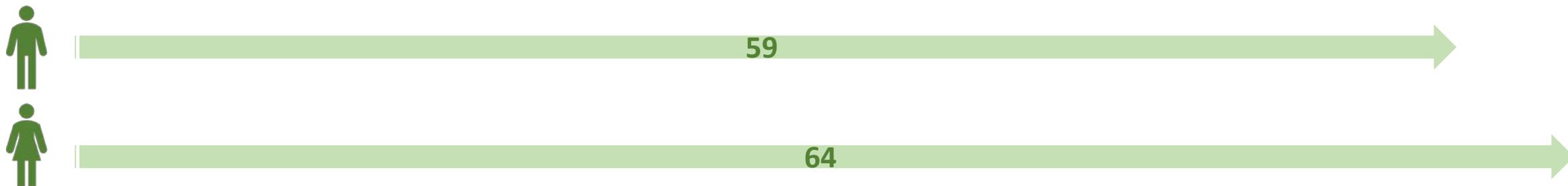
- 80 % RÉMISSION
- 40 % GUÉRISON

Utilisation de services

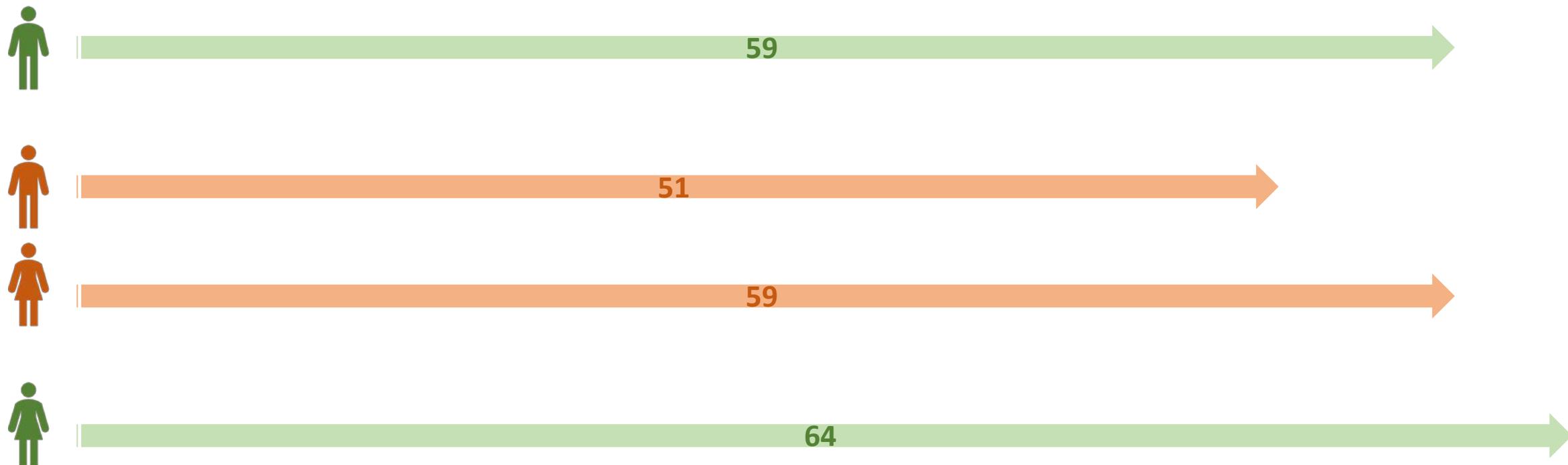
Graphique 8 Profil hiérarchique d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, sexes regroupés, Québec 2011-2012



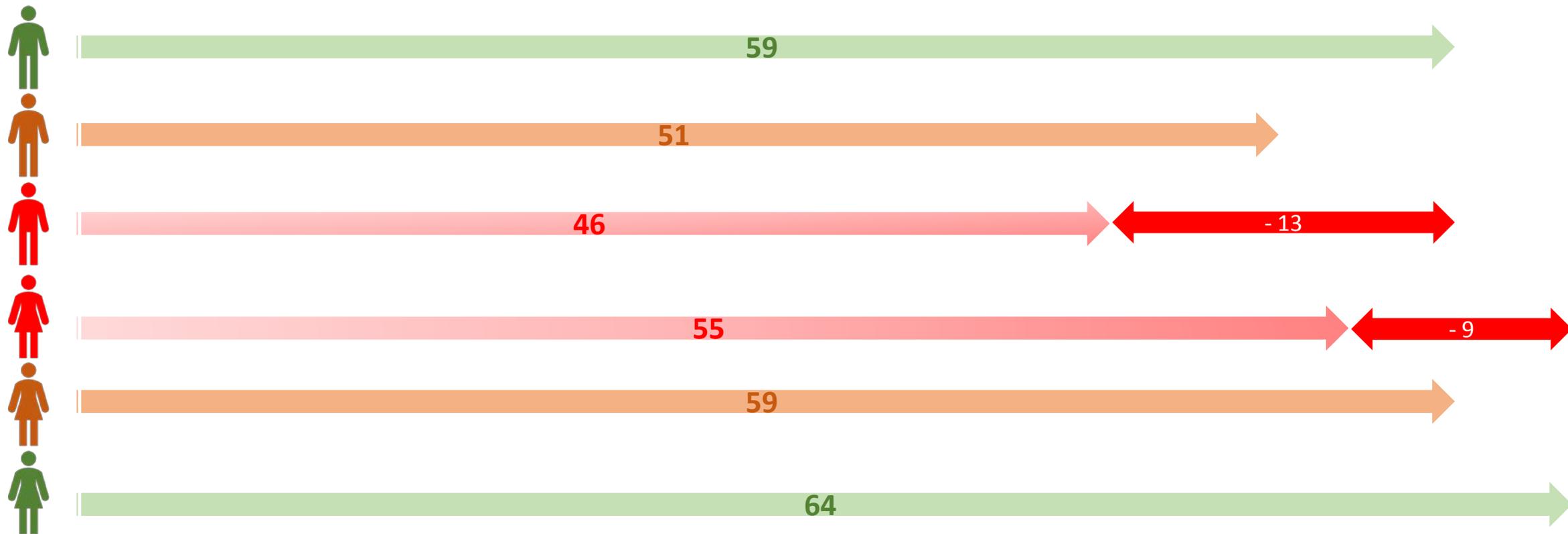
Espérance de vie à 20 ans : population générale



Espérance de vie à 20 ans : **trouble mental**

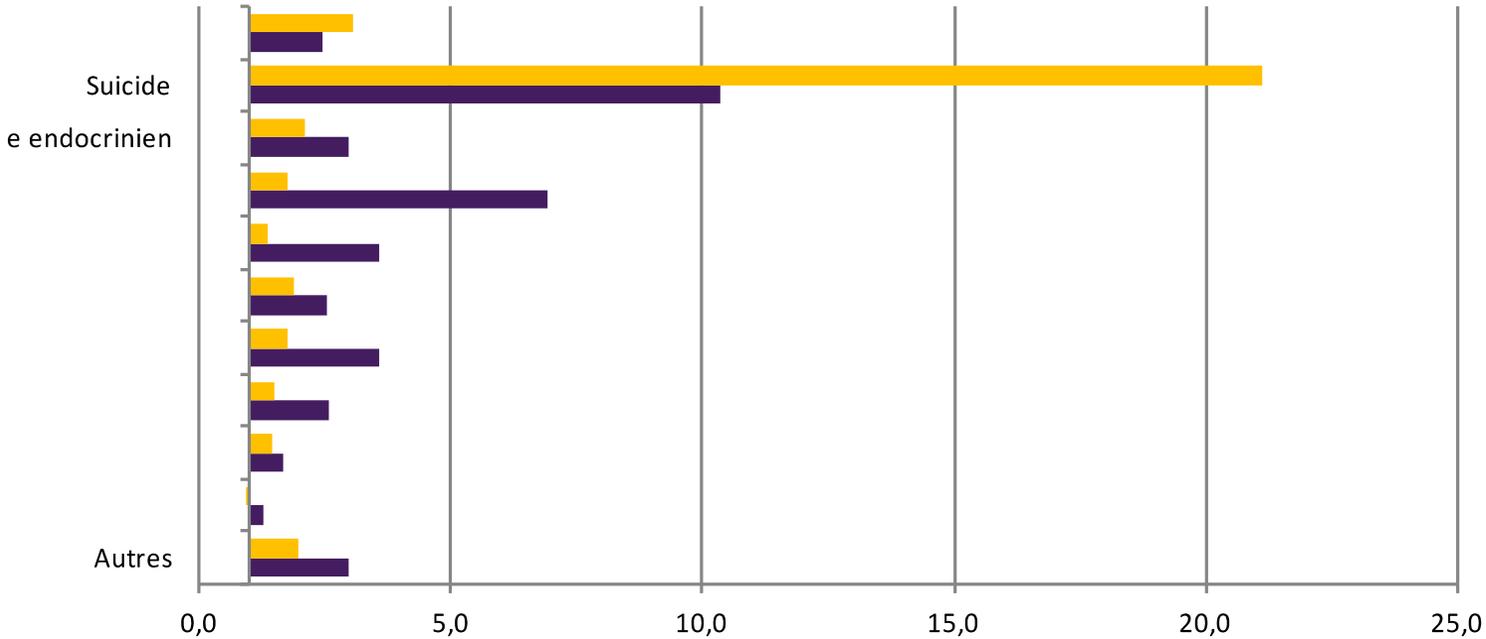


Espérance de vie à 20 ans : TP groupe B



Causes de mortalité

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



The background of the image is a dense, overlapping field of stacks of 100 Canadian dollar bills. Each stack is bound with a white paper band that has "\$ 10,000" printed on it. The bills are slightly out of focus, creating a sense of depth and abundance. The overall color palette is a muted, monochromatic green and grey, typical of the Canadian dollar's design.

Coût

15 à 50 000 CAD
*par an et par
patient*

Pour aller plus loin

[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1996 Surveillance Troubles Personnalite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1996_Surveillance_Troubles_Personnalite.pdf)

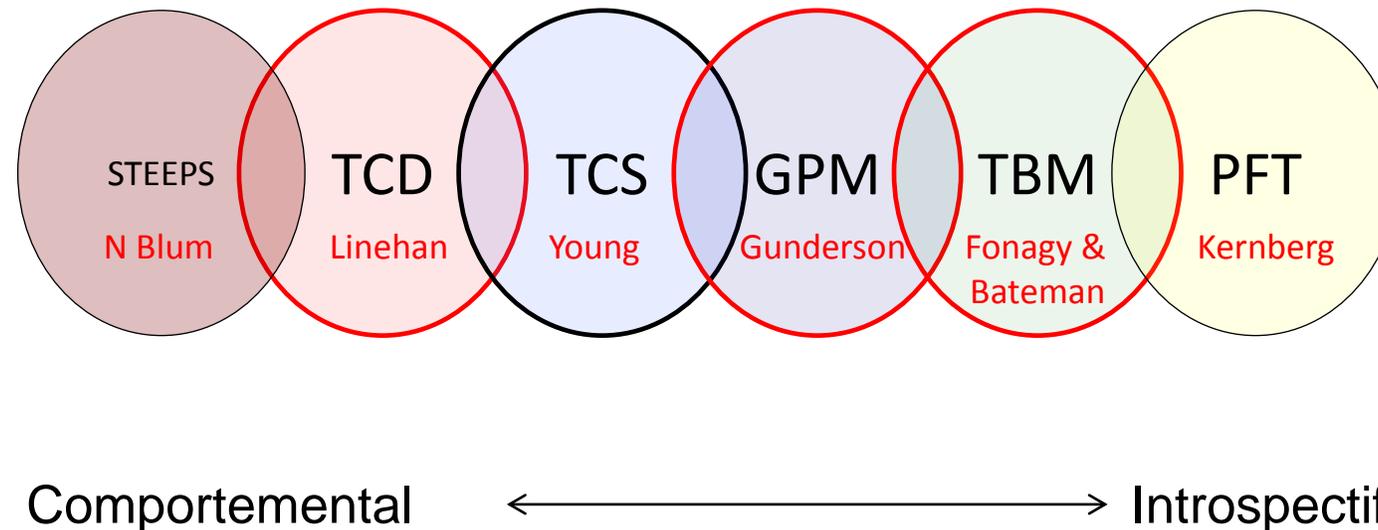


Historique bref du diagnostic et de la prestation de soins

- Meilleure définition et description du syndrome vers 1968 / Grinker
- DSM III en 1980 / axe 2
- Le pronostic est nul et il n'y a pas d'intervention efficace pour cette clientèle
- Les interventions psychiatriques / psychothérapeutiques peuvent même nuire (effet iatrogène)
- Le non-traitement est le traitement de choix
- Années 1990 : des traitements validés sont efficaces (TCD, MBT...)
- Espoir possible...
- Vers 2000 : Ces traitements sont longs et exigeants (pour le patient et le réseau)
- Coût élevé / disponibilité faible
- Offre peu adaptée à plusieurs patients instables ou peu motivés
- Clientèle incontournable / enjeux de santé publique
- Ne rien proposer n'est pas une option

Thérapies validées / des approches reconnues efficaces

*études randomisées, manualisées...
bases théoriques différentes mais non contradictoires*



Inspiré de J Gunderson

TCD: thérapie comportementale dialectique, TBM: traitement basé sur la mentalisation,
PFT: psychothérapie avec focus sur le transfert, TCS: thérapie centrée sur les schémas, GPM: Good psychiatric management

Coût estimé des approches reconnues efficaces

DBT / TCD	Groupe 2 h / individuel 1 h et 2 h / consultation équipe	1 an	17 000 à 28 000 \$us (22500 - 37000\$can)
TBM	Groupe 1,5 h / individuel 1 h et 1 h / consultation équipe	1,5 an	33 000 \$us (44 000 \$can)
PFT	2 rencontres en individuel / sem. Supervision toutes les semaines	2-3 ans	82 000 \$us (109 000 \$can) (ad 4 ans)
TCS	2 rencontres en individuel / sem. Supervision toutes les semaines	2-3 ans	66 000 \$us (88 000 \$can) (plusieurs années)
GPM	Rencontres en individuel 1 x / sem. ad 1 x / mois. Groupe + supervision recommandée	Pas de limite	13 000 \$us / an (17 350 \$can)
Résidence Gunderson	1 million \$us / avec initialement 200 000 \$us pour 4 mois de résidence		

E Iliakis, A Sonley & L Choi-Kain Harvard Medical school, ESSPD Sitges 2018

TCD: thérapie comportementale dialectique, TBM: traitement basé sur la mentalisation, PFT: psychothérapie avec focus sur le transfert, TCS: thérapie centrée sur les schémas, GPM: Good psychiatric management

Taux de complétion / thérapies validées

Auteur et date	Type de traitement	Échantillon (N)	Durée du traitement (mois)	Taux de complétion %
Bateman (1999)	MBT	25	18	88 %
Clarkin (2001)	TFP	23	12	74 %
Lopez (2004)	TFP	14	12	71 %
Gliesen-Bloo (2006)	TFP	43	36	49 %
Clarkin (2007)	TFP	30	12	77 %
Gliesen-Bloo (2006)	SFT	45	36	73 %
Nadort (2009)	SFT	62	18	85 %
Linehan (1999)	DBT	11	12	63 %
Linehan (2006)	DBT	52	12	83 %
Clarkin (2007)	DBT	30	12	57 %
Perseius (2007)	DBT	27	12	89 %
McMain (2009)	DBT	90	12	62 %
McMain (2009)	GPS	90	12	63 %
De Panfilis (2012)	GPS	162	à 3 mois	67 %

Taux de complétion / autres thérapies (non validées)

Auteur et date	Type de traitement	Échantillon (N)	Durée du traitement (mois)	Taux de complétion %
Verheul (2003)	TAU	31	12	23 %
Linehan (2006)	CTBE	49	24	42 %
Doering (2010)	ECP	52	12	33 %

- *TAU: Treatment as usual (traitement habituel)*
- *CTBE: Community Treatment by Experts (traitement en communauté par des experts)*
- *ECP Experienced Community Psychotherapist (psychothérapeutes communautaires d'expériences)*

Les patients TPL sont connus comme étant difficiles à traiter :

- Modes de vie instables
- Impulsifs avec des agirs comportementaux fréquents
- Faible tolérance à la frustration
- Difficultés à établir et à maintenir une alliance thérapeutique
- Multiples comorbidités : problèmes de santé mentale et physique
- TLU substances très fréquents
- Certains patients sont peu motivés ou ne désirent simplement pas s'impliquer dans des traitements intensifs ou de longue durée
- Opportunités de vivre différentes expériences incompatibles avec la thérapie

Taux élevé d'abandon (drop out) est attendu...

From: Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study

Arch Gen Psychiatry. 2011;68(8):827-837. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37

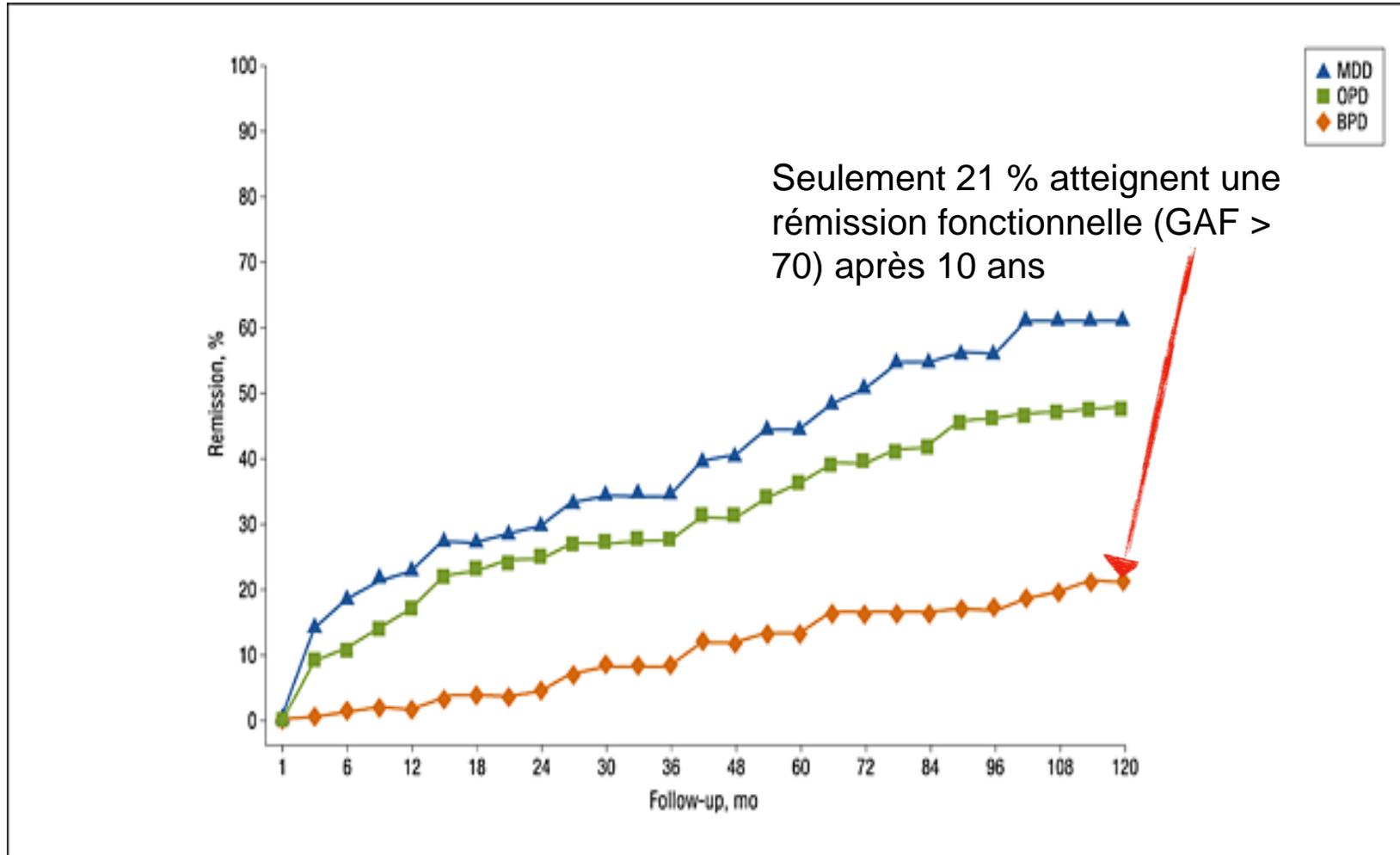


Figure 4. Functional remission, defined as a Global Assessment of Functioning score greater than 70 sustained for 2 months. Analyses were conducted using lifetest survival estimates. MDD indicates major depressive disorder; OPD, other personality disorders; and BPD, borderline personality disorder.

Guide de pratique / historique

APA 2001

Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association: American Psychiatric Pub; 2001

Cochrane 2006 & 2012

Cochrane Psychological therapies for people with borderline personality disorder 2006 & 2012

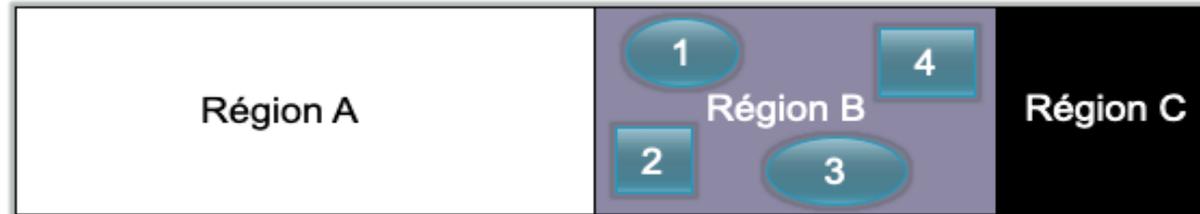
NICE – UK 2009

Nice National Institute for Clinical Excellence. Borderline personality disorder, treatment and management. The British Psychological society and the Royal College of Psychiatrists., London. 2009.

Guide australien 2012

Australian Clinical Practice Guideline for the management of Borderline Personality Disorder 2012

Enjeux de traitabilité *(spectre du traitable au non traitable – Stone 2006)*



Région A

Traitable par une majorité de thérapeutes compétents

Région B
zone grise!

1. échec avec de nombreux thérapeutes puis succès avec un en particulier
2. bonne réponse avec une méthode spécifique
3. réponse seulement avec un thérapeute sénior
4. aucune réponse thérapeutique avec méthodes habituelles puis réponse à une méthode non conventionnelle!

Région C

Intraitables

Gradation / stade du TPL *(proposition résumée de diverses sources)*

Stade 1	Premier symptômes - Tableau sub clinique du TPL / intervention précoce vs
Stade 2	TPL légers mais diagnostic présent / interventions adaptées et précoces recommandées
Stade 3	TPL modéré mais soutenu / réponse inconstante aux interventions adaptées
Stade 4	TPL sévère avec instabilité rémission et rechutes / comportements dangereux présents / comorbidités fréquentes / requiert des traitements spécialisés
Stade 5	TPL chronique et persistant et envahissant toutes les sphères de la vie / ne répond que partiellement à des interventions spécialisées

Adaptation libre de Stepped care algorithm - Mclean et Clinical staging bij BPS (Hutsebaut & Hessels 2017)

Guide de pratique / historique

APA 2001

Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association: American Psychiatric Pub; 2001

Cochrane 2006 & 2012

Cochrane Psychological therapies for people with borderline personality disorder 2006 & 2012

NICE – UK 2009

Nice National Institute for Clinical Excellence. Borderline personality disorder, treatment and management. The British Psychological society and the Royal College of Psychiatrists., London. 2009.

Guide australien 2012

Australian Clinical Practice Guideline for the management of Borderline Personality Disorder 2012

Gunderson 2014

GPM Gunderson, Links. Handbook of good psychiatric management for BPD. American Psychiatric Pub

Bateman 2016

Bateman A, Krawitz R. Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford: Oxford University Press; 2016.

Paris 2017

Paris J. Stepped Care for Borderline Personality Disorder 1st edition. Elsevier.

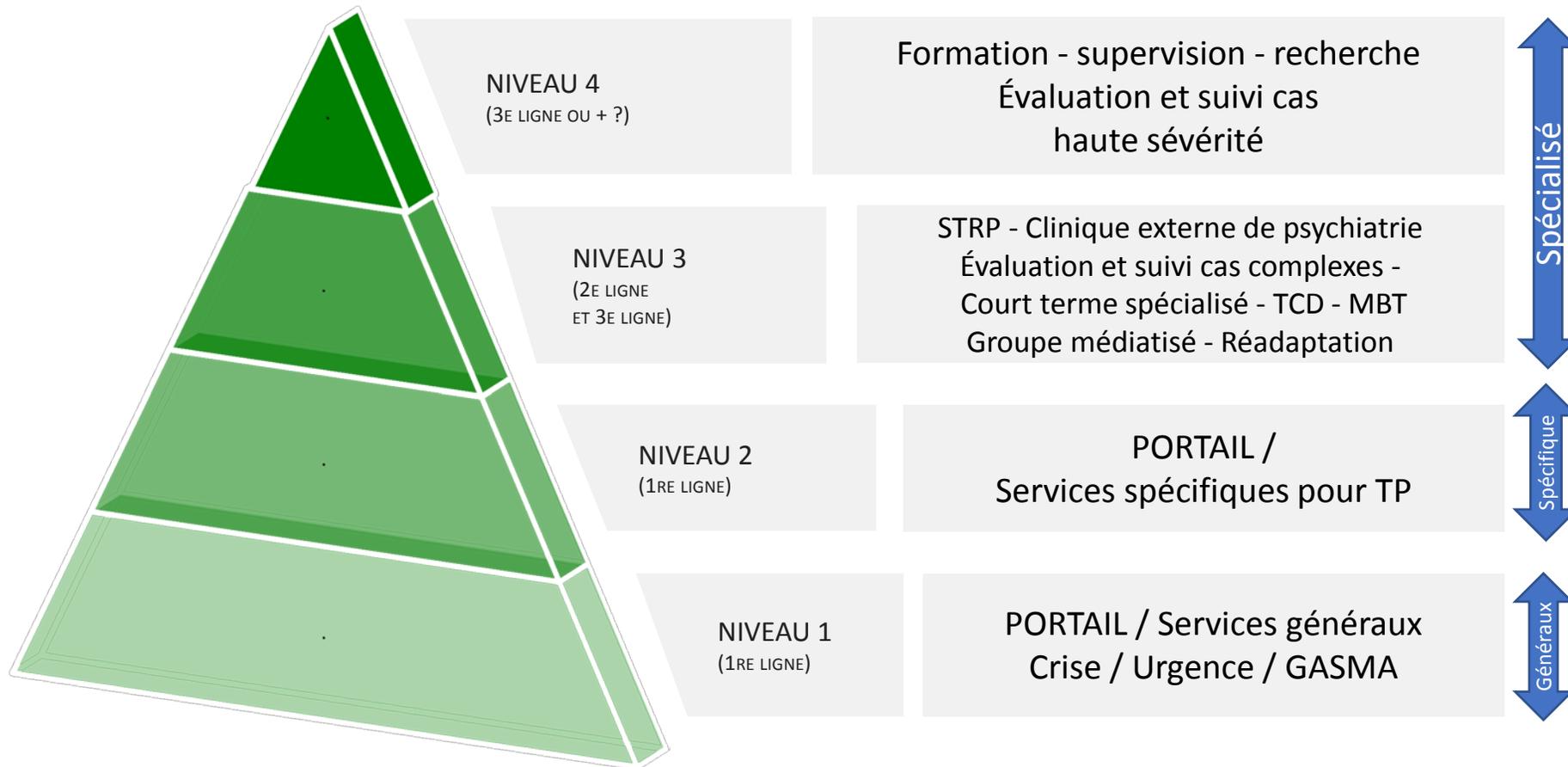
Stepped care/ Soins par étapes

- Pas «one size fits all!»
- Instabilité dans le suivi thérapeutique et arrêt de suivi
- Diversité niveau des présentations cliniques:
 - Diagnostic et sévérité
 - Certains cas non traitables avec connaissances actuelles
- Diversité des demandes faites par les clientèles
 - crise ou sans crise
 - avec motivation variée et variable
 - avec intérêt / disposition variée pour s'impliquer dans une démarche de traitement
- Les traitements long terme ne sont par toujours d'emblée utiles ou nécessaires
- Certains patients sont moins sévèrement atteints ou peuvent bénéficier d'une intervention moins longue ou moins intensive.

Stepped care/ Soins par étapes

- Des traitements par étape allant des soins aigus jusqu'à la réhabilitation
- Approprié pour les troubles ayant une haute prévalence mais aussi présentant une grande diversité avec des pronostics très variables.
- Modèle qui a été instauré pour une variété de problématiques médicales et aussi psychiatriques.
- Permet d'offrir une variété de services pour les patients:
 - Crise
 - Court terme
 - Réservant les interventions plus longues ou coûteuses pour les patients qui le nécessitent et qui peuvent en bénéficier

Proposition soins par étape : IUSMM-CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-MTL



Guide de pratique / démarche récente en Europe

	Type de démarche	Qui est impliqué	Niveau de preuve	Résultats
Danemark	Nationale	Experts	Prise en compte prioritaire de données probantes. Mais tout est pris en compte...	Mitigés ++ limite dans les propositions Réception souvent négative...
Norvège	En attente d'une autorisation officielle / \$ et infrastructure pour support gouvernement National Advisory unit Personality Psychiatry puis mobilisation d'experts puis demande officielle aux autorités nationales de la santé			
Allemagne	Association of the Medical Societies in Germany Non gouvernementale Gérer par des sociétés médicales	Tous les acteurs (psychiatres et professionnels et 23 groupes et organisations représentés) démarches hyper structurée	Tout. Données probantes, avis d'expert, type de pratique, consensus	Démarche longue Guide à venir dans 2-3 ans.
Suisse	Swiss Association of Psychiatry and Psychotherapy	Psychiatres suisses	Évidences scientifiques et bonne pratique clinique (principe du consensus)	Task Force 2016-2018 Guide disponible!

Barrières et facilitateurs pour la mise en place de la TBM pour les TPL (Pays-Bas – 2017)

Étude qui vise à valider l'efficacité des programmes qui bénéficient d'un bon support organisationnel
7 programmes pour TPL / rigueur de l'analyse et de la validation avec experts externes.

Éléments majeurs à considérer pour le succès et l'efficacité clinique :

Organisationnels

- Support organisationnel
- Ressources \$ adéquates
- Leadership fort et efficace
- Projet structuré et mise en place structurée

Équipes

- Capacité à adresser les processus d'équipe (dont les enjeux négatifs)
- *vs clivage / conflits non adressés*

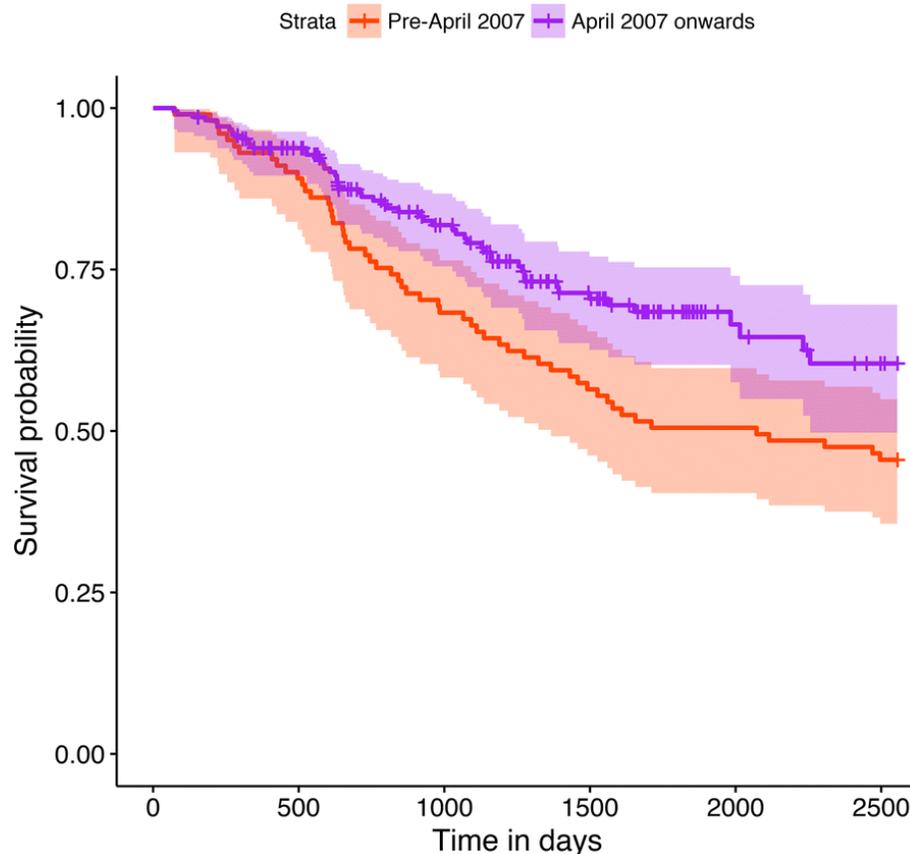
Thérapeutes

- Suffisamment d'expertise et de temps de formation
- *vs personnel non engagé en lien avec leur expérience*

Les auteurs émettent l'hypothèse que les difficultés de fonctionnement de l'organisation, de l'équipe et des thérapeutes sont magnifiées par la nature / les caractéristiques même du TPL!

Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for Borderline personality disorder: Personality and Mental Health / vol 11, Issue 2

UK DBT and Bi DBT / British Isles DBT



The survivability of dialectical behavioral therapy programmes: a mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings: King et al. BMC Psychiatry (2018) 18:302

Étude avec 468 équipes DBT au Royaume-Uni

- Sur une période de 7 ans (2 555 jours), la moitié des programmes DBT \TCD ne survivent pas !
- Attrition maximale à 2 ans (à la fin de la formation / training) et à 5 ans

Difficultés principales rapportées : en lien avec l'absence de support organisationnel

- Incompréhension du modèle
- Insuffisance du temps alloué
- Manque de financement / Investissement orienté surtout vers d'autres services
- Manque de support

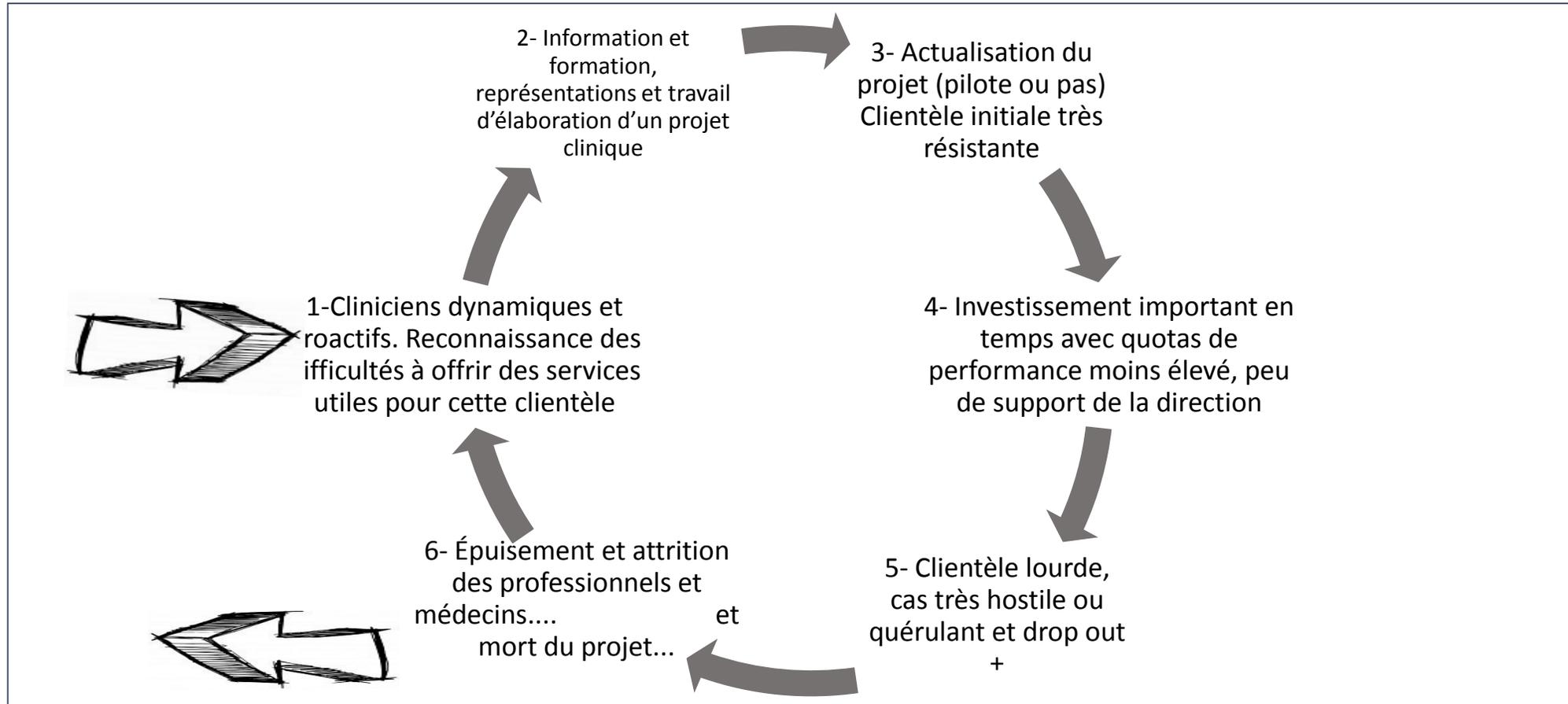
«turnover» élevé du personnel

Dépendance sur 1 ou 2 individus seulement

Facilitateurs:

Motivation / intérêt à adhérer au modèle des professionnels

Cycle de la mise en place de projets pour les clientèles TPL / Proposition à la suite d'une observation depuis 25 ans au Québec...



Portail / CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Modalité principale	Groupes d'éducation psychologique basés principalement sur l'approche Linehan (TCD)
Contenu	Tolérance à la détresse, Modulation des émotions, Relations interpersonnelles, Habitudes de vie
Durée	12 rencontres de groupe (4 modules de 3 rencontres) de 2 h à 2 h 30 Modalité: 1 rencontre / semaine x 12 sem. vs 1 rencontre / 2 semaines x 24 sem.
Spécificités autres	Coanimation (toujours) 10 participants / groupe Semi-ouvert avec entrée aux 3 rencontres (début de module) 2 à 4 rencontres individuelles durant le suivi de groupe pour favoriser les acquis Supervision et évaluation et réorientation de cas complexes
Modalités de référence	À partir du GASMA, des psychiatres communautaires, des cliniques externes de psychiatrie
Outils d'évaluation	Aide à la décision pour orientation clientèle TPL (<i>non validé et utilisation inconstante</i>)
Rencontres préparatoires	2 entrevues individuelles 1 rencontre de groupe d'introduction
Suivi post activités de groupe	Possibilité de 4 rencontres individuelles (permettre de consolider les acquis en groupe, appliquer les compétences à des situations spécifiques vécues dans le quotidien, revenir sur des situations spécifiques au besoin) – utilisé par environ 50 % des participants

Portail / CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Historiques des projets:

- 2 tentatives infructueuses de mise en place de services en CLSC : 2008 – 2013
- Changement de gestionnaires, insuffisance de support...
- Projet actuel débuté en 2014 / 5 administrateurs différents et 1 changement administratif de programme

Intervenants ayant participé au projet:

- 13 intervenants différents impliqués dans ce projet à un certain moment
- Quelques-uns n'ont jamais actualisé le travail clinique en lien avec la programmation
- **2 impliqués depuis le début (+sieurs années) mais en arrêt de travail pour épuisement depuis novembre 2018 et avril 2019**
- 1 intégré dans l'équipe après quelques mois puis réorienté ailleurs car difficultés à se relier à cette clientèle
- 2 intégrés «techniquement dans équipe mais n'ayant jamais accepté d'animer des groupes et d'actualiser la programmation
- 2 nouveaux participants printemps 2019 : Ils se disent surpris par la programmation à laquelle ils ne semblent pas adhérer
- **Actuellement 3 intervenants à temps partiel dans l'équipe. Multisites**
- **Aucun intervenant présent avec plus de 9 mois d'ancienneté dans l'équipe!**

Portail / CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Formation de base minimale des nouveaux intervenants.

Support :

- 1 x / 6 semaines par une thérapeute TCD du TRP
- 1x / 3 semaines / coordination par psychiatre du TRP

Supports administratifs : au mieux inconstant, demande de performance de la part des gestionnaires / quotas de patient sans égard à la clientèle et au type de services offerts.

Constats après près de 4 années d'implantation:

(+)

- Satisfaction clinique élevée pour les participants aux groupes.
- Haut niveau de suivi terminal.

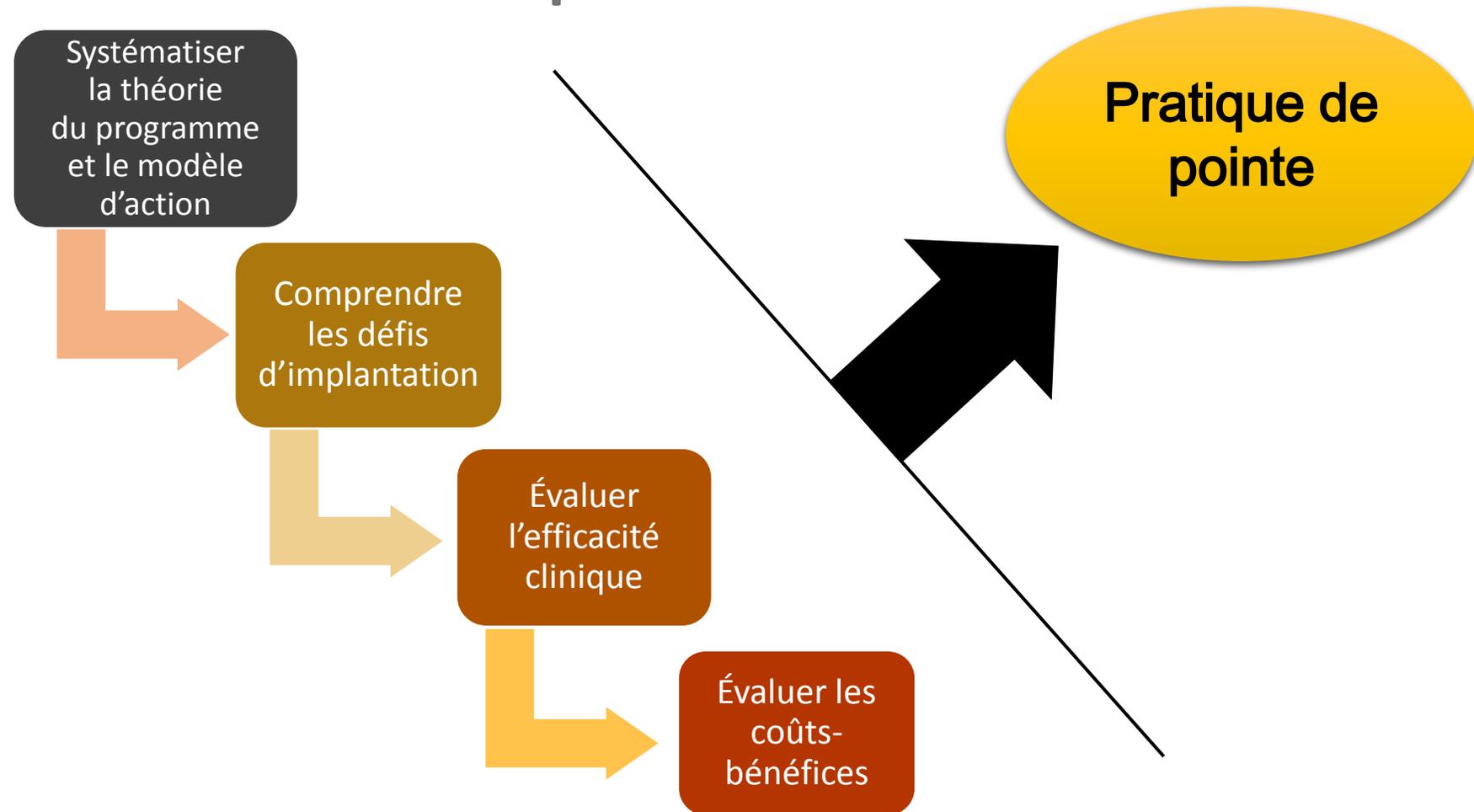
(-)

- Attrition importante de la clientèle
- Épuisement et instabilité importante des intervenants
- Sentiment de non-reconnaissance de leur travail par les administrateurs
- Manque important de ressources jusqu'à l'été 2018
- Support organisationnel inconstant

Constats autres / enjeux:

- Importance /nécessité de la supervision et de la possibilité de réorienter les cas problématiques.
- Gestion - coordination de l'équipe à revoir complètement
- Modalité ne remplit pas sa fonction si attente significative (plus de 3 mois)

Recherche évaluative: Pourquoi?



Nos projets

- 1- Modèle logique
- 2- Implantation de l'intervention et d'outils de mesure
- 3- Évaluation des effets
- 4- Analyse utilisation des services et coûts

QUI ?

Groupe cible :

- Adultes : hommes et femmes
- Raisons de consultations :
- Symptômes perturbants en lien avec des traits ou un dx de TPL, troubles de santé mentale concomitants,
- Difficultés fonctionnelles et occupationnelles Isolement social
- Identité vague / mal définie

Ressources/Intrants

- Ressources humaines: ex.: 3 professionnels de la santé et des services sociaux,
- Ressources matérielles: ex.: un local au CSSS avec : tableau, chaises, etc.

QUOI ?

Activités :

Thérapie de groupe ouvert avec 12 participants max.

- 1-2 rencontres individuelles préparatoires
- 12 séances inspirées de la TCD

Module 1 : modulation des émotions

Module 2 : Tolérance à la détresse

Module 3 : Relations interpersonnelles

Module 4 : Habitudes de vie

- 3 séances/module
- Rencontres individuelles/fin module/fin programme

Objectifs généraux :

1. Acquérir des compétences spécifiques permettant d'améliorer le fonctionnement émotionnel, social et relationnel
2. Mettre en pratique des outils permettant de mieux gérer les situations de vie complexes qui génèrent des comportements nuisibles au fonctionnement quotidien.

Objectifs spécifiques –ex.:

1. Identifier et gérer les émotions

POURQUOI ?

Résultats à court terme :

1. Amélioration clinique du fonctionnement émotionnel, social et relationnel
2. Meilleure connaissance de soi
3. Réduire risques de ruptures de fonctionnement
4. Meilleur équilibre de vie
5. Se mettre en action d'une façon constructive

Extrants

- Document de programmation clinique de groupe
2 cohortes de groupe/année

Implantation

- Intervention offerte depuis 2014
- X personnes ont reçu l'intervention : % abandon?
- Supervision clinique régulière
- Modifications apportées au programme depuis 1^{er} essai:

Évaluation des effets

- **Devis quasi-expérimental : groupe recevant l'intervention et un groupe de comparaison qui sera composé des utilisateurs de services sur la liste d'attente (Fortin, 2010).**
- **Échantillon de convenance accidentel:**
 - **12 personnes à partir de références au groupe du CSSS.**
 - **Les douze personnes suivantes qui seraient acceptées au groupe seront mises en attente et recevront l'intervention ensuite.**
 - **Une attention sera portée au groupe en attente pour qu'il soit le plus similaire possible au groupe recevant l'intervention quant à la proportion homme/femme; d'âge moyen; conditions de santé et psychiatriques associées.**
- **Les critères d'admissibilité sont ceux du programme**

Évaluation des effets

T1 = Lors de la première séance du groupe (même semaine pour les personnes en attente);

T2 = lors de la dernière séance du groupe (même semaine pour les personnes en attente).

- **Variables et questionnaires choisis sont:**
 - 1) en lien avec le modèle logique;
 - 2) similaires aux études antérieures afin de comparer nos résultats.
- **Variables:**
 - Perception des symptômes de TPL (*vf du Borderline Personality Questionnaire*)
 - Autres symptômes liés à la santé mentale (*vf du Beck Depression Inventory* et du *Beck Hopelessness Scale*)
 - Fonctionnement dans la vie quotidienne (*vf du Social Adaptation Self-Evaluation Scale*)
- **Appréciation du programme : entretien de groupe semi-dirigé lors de la dernière séance : contenus; lieu; durée; interventions des professionnels; aspects mis en pratique; bénéfices de l'intervention**

Analyse de coûts

- Groupe qui reçoit l'intervention: Comparer le type et la fréquence des services utilisés avant, pendant et six mois après l'intervention et leurs coûts associés.
- Deux groupes: Comparer les services utilisés entre le groupe recevant l'intervention et le groupe en attente pendant la période index.
- Pour documenter les services de santé utilisés dans les deux groupes, un questionnaire aux fins de l'étude sera conçu rempli au T2: ex.: #visites, durée des rencontres.
- Pour la période suivant l'intervention, les participants seront invités à compléter un calendrier et un suivi trois mois après le suivi et six mois après le suivi sera fait pour assurer que l'information est bien complétée.
- Pour les coûts, le budget de l'IUSMM sera consulté, ainsi que les conventions collectives et des documents gouvernementaux.

Conclusion / piste de solution

- Clientèle incontournable / coûts humains et \$ d'emblée élevés / enjeu de santé publique
- Clientèle complexe, diversifiée et très souvent exigeante et difficile à traiter.
- Nécessité de travailler à mettre en place un réseau diversifié (modèle par étape) et cohérent
 - Investissements \$ (personnel et équipes compétentes)
 - Un leadership (ministère et CNESM) pour baliser les services spécialisés à développer ou pour baliser les services existants
 - La nature et la durée des interventions
 - Les quotas de personnel
 - La formation le support organisationnel
 - À l'échelle de tout le Québec
 - Les services généraux en santé mentale doivent être bien formés et pouvoir avoir accès à l'expertise spécialisée.
- Support \$ pour l'évaluation de programme et la recherche ?
- Rester à jour et développer des collaborations avec les équipes européennes ayant investi dans des services structurés ciblant les clientèles TPL