



Cadre de référence

**Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re}
ligne santé mentale – Le trouble de personnalité limite**

Les personnes suivantes ont participé à la conception et à la rédaction de ce cadre de référence :

- Rodrigue Côté, directeur adjoint Santé mentale et dépendance, CIUSSS Capitale-Nationale
- D^r Pierre David, psychiatre, chef médical du service des troubles relationnels et de la personnalité, IUSMM - CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
- Pierre Demers, Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)
- Lyne Desrosiers, chercheure, ergothérapeute et psychothérapeute, professeure au département d'ergothérapie, UQTR
- Michel Gilbert, coordonnateur, Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)
- Lise Laporte, directrice de recherche, programme des troubles de la personnalité du CUSM et chercheure, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Sylvain Ratel, chef clinico-administratif du service des troubles relationnels et de la personnalité, IUSMM - CIUSSS Est-de-île-de-Montréal
- Lise Renaud-Gagnon, Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)
- Marc Tremblay, chef de programme - Faubourg St-Jean et équipe de traitement 1^{re} ligne Charlesbourg, CIUSSS Capitale-Nationale
- D^r Evens Villeneuve, psychiatre, chef de programme des troubles de la personnalité - Faubourg St-Jean, CIUSSS Capitale-Nationale

Révision : Lucie Hébert, APPR, CIUSSS Capitale-Nationale

Coordination : D^r Pierre David et Michel Gilbert

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. MISE EN CONTEXTE	5
1.1 DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE	5
1.2 ÉVOLUTION, PRONOSTIC ET BÉNÉFICES DES TRAITEMENTS	6
1.3 ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU REGARD DE LA CLIENTÈLE	7
1.4 ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU REGARD DE L'ORGANISATION DES SOINS	9
2. RECOMMANDATIONS	10
2.1 PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ORGANISATION DES SERVICES	10
2.2 SOINS PAR ÉTAPE	11
2.3 HIÉRARCHISATION DES SOINS	13
2.4 RECOMMANDATIONS POUR LE DÉPLOIEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES SPÉCIFIQUES	14
CONCLUSION	15
BIBLIOGRAPHIE/RÉFÉRENCES :	17

INTRODUCTION

Au chapitre des défis que représente le problème du trouble de la personnalité limite, notamment l'accès limité aux services en 1^{re} ligne de santé mentale adulte (SMA), le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a mis en place un comité de travail composé d'experts dans ce domaine. L'objectif est d'arriver à la proposition d'une offre de services mieux adaptée au contexte d'intervention de proximité, s'appuyant sur les principes des soins par étape et inspirée des meilleurs pratiques.

En effet, l'offre de services actuelle pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite est surtout influencée par les pratiques cliniques des milieux spécialisés et cible une petite portion de cette population, plus complexe. Cette offre de services est cependant peu adaptée au contexte de proximité ou de 1^{re} ligne qui, par définition, est la porte d'entrée des services et doit répondre à 70 % des besoins en santé mentale de la population (PASM 2015-2020).

Certains milieux de pratique au Québec ont amorcé une démarche et innové avec une offre de services de groupe court terme, mieux adaptée aux besoins de la clientèle présentant un profil de personnalité limite et au contexte de l'organisation de leurs services spécifiques. Les résultats démontrent que les interventions thérapeutiques se concluent par une fin d'épisode de soins sans nécessité de référence pour une portion significative de la clientèle et l'utilisation des services dits spécialisés de 2^e ligne est mieux ciblée.

Tenant compte 1) du fait que les besoins cliniques de cette clientèle sont souvent inadéquatement répondus, 2) que des difficultés importantes d'accès aux services en temps opportun sont éprouvées par plusieurs organisations de soins des services spécifiques, et 3) des avancées significatives, tant dans la littérature scientifique que dans l'expérience de certaines organisations, le CNESM et le groupe d'experts recommandent ici la mise en place d'une offre de services structurée. De plus, nous précisons certaines balises pouvant inspirer les organisations dans le déploiement de services pour la clientèle des troubles de la personnalité, peu importe leurs réalités populationnelles et organisationnelles.

Nous présentons ici les principaux éléments de ce consensus. Une deuxième partie à ce document sera présentée dans les prochains mois et viendra préciser les éléments plus spécifiques de l'offre de services.

Il est à noter que la littérature scientifique et les observations cliniques d'experts ciblent prioritairement le trouble de la personnalité limite, mais aussi dans une moindre mesure les troubles de la personnalité du sous-groupe B (limite, narcissique, histrionique et antisociale).

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 Description de la clientèle

Le trouble de personnalité limite (TPL) est celui pour lequel les recherches et les traitements sont les plus avancés. Il s'agit d'un trouble mental sérieux pouvant avoir des effets dévastateurs pour la personne atteinte et pour sa famille. Ce trouble est caractérisé par un niveau élevé d'impulsivité, une instabilité grave et soutenue des émotions, des relations interpersonnelles et de l'identité. Les personnes ayant un TPL peuvent être « submergées » par des émotions intenses, comme la tristesse, l'anxiété, la colère et le vide intérieur. Elles présentent des comportements impulsifs allant de l'automutilation aux abus de substances, aux désordres alimentaires et aux gestes suicidaires répétés.

Les personnes ayant un trouble de la personnalité (tous types confondus) représentent environ 11 % de la population générale. Les personnes avec un TPL représentent quant à elles près de 2 % de la population générale (Torgersen et al., 2001; Lenzenweger & al, 2007), mais elles sont des utilisatrices fréquentes des services de santé mentale (urgences, centres de crise, services psychiatriques) (Comtois et al, 2003; Cailhol & al, 2015). Ces personnes constituent environ 15-25 % de tous les patients traités dans les services de psychiatrie (Zimmerman et al., 2005; Gunderson, 2009) et 6 % des personnes suivies en 1^{re} ligne (Gross et al., 2002). Plusieurs études font aussi état d'un usage important de médicaments psychotropes et de leur grande utilisation des services médicaux physiques et des ressources sociales. Les écrits suggèrent également des atteintes sévères de leur fonctionnement général, documentent les limites de leur intégration sociale ainsi que le niveau élevé de leur souffrance et de celle de leurs proches (Lieb et al., 2004; Skodol, et al., 2002).

Les données de l'INSPQ (Cailhol et al., 2015) confirment que les troubles de personnalité du groupe B (limite, narcissique, histrionique et antisocial) constituent un enjeu majeur de santé publique. Ainsi, la mortalité par suicide est significativement surreprésentée chez les personnes ayant un TPL. La probabilité de décès par suicide est 10 fois plus élevée pour les hommes et 21 fois plus élevée pour les femmes. De même, la perte d'années de vie est en moyenne de 13 années pour les hommes et de 9 années pour les femmes en comparaison avec la population générale. Par ailleurs, plusieurs études soulignent le taux élevé de comportements suicidaires (64-80 %) chez les personnes ayant un TPL (Soloff et al., 2000; Stone, 1993); près de 10 % se suicideront (Pompil et al., 2005; Paris, 2001; Stone, 2006). Enfin, les coûts financiers directs et

indirects reliés à ces pathologies sont substantiels pour la société (Van Asset et al., 2007; NICE, 2009).

Les jeunes présentant ces difficultés sont également connus pour être de grands utilisateurs de services : ils ont consulté en moyenne cinq professionnels de la santé avant l'âge de 18 ans, plus du tiers compte de multiples consultations aux urgences (Healy & al, 2002; Newton et al., 2009; Stewart & al, 2002) et 79 % ont connu au moins une hospitalisation (Cailhol et al., 2013). Un tel parcours est symptomatique de la complexité du trouble et des difficultés rencontrées pour répondre à leurs besoins.

1.2 Évolution, pronostic et bénéfices des traitements

Historiquement, les clientèles présentant un trouble de personnalité limite ont été considérées comme « chroniquement » dysfonctionnelles et peu traitables. Les DSM-III et DSM-IV classifiaient ces pathologies à l'axe II, au même titre que la déficience intellectuelle, considérant qu'il n'y avait pas d'évolution positive possible au long cours et que cela devenait une donnée de base immuable dans le diagnostic de la personne. Depuis une vingtaine d'années cependant, on observe un changement de paradigme en ce qui a trait à l'évolution des personnes ayant un trouble de la personnalité (tous types confondus) et un TPL en particulier (Gunderson et al., 2011). En effet, 10 % des personnes sont en rémission (moins de 5 critères diagnostics du TPL) après six mois, 25 % après un an, 50 % après deux ans et une fois remises, les rechutes sont relativement rares (Gunderson et al., 2011). Même si les personnes ayant un TPL ont des parcours hétérogènes, la symptomatologie peut s'améliorer relativement rapidement (Paris, 2016).

Au cours des dernières décennies, plusieurs thérapies à long terme développées pour les personnes ayant un TPL se sont montrées efficaces. Toutefois, compte tenu de leur durée et du taux d'abandon de traitement, elles mènent à des problèmes d'accessibilité, particulièrement lorsqu'elles sont utilisées dans des services spécifiques. En fait, il n'y a pas d'évidences scientifiques voulant que des traitements long terme sont d'emblée supérieurs aux interventions brèves pour les TPL (Paris, 2016). Des recherches récentes tendent à suggérer l'efficacité de structures de soins plus simples pouvant être accessibles à des milieux de traitement de proximité et disposant de moyens limités (Livesley, 2011; Paris, 2015).

Par ailleurs, la recherche concernant l'intervention auprès des personnes présentant d'autres types de troubles de la personnalité est active, bien que la différenciation des traitements pour les différentes sous-pathologies soit encore à ses débuts. Le présent document est ainsi surtout inspiré de la pratique et de la littérature associées au TPL.

Un consensus d'experts s'est dégagé ces dernières années, notamment en ce qui a trait aux balises à respecter pour la mise en place des traitements pour la clientèle ayant un TPL. Des modèles structurés ont été élaborés et validés empiriquement, et des guides de pratique permettent maintenant de mieux baliser la prestation de soins. Des modèles associant psychoéducation, thérapies individuelle et de groupe, cadres et contrats thérapeutiques, supervision et système concerté et cohérent deviennent la nouvelle norme de traitement pour ce trouble. Le pronostic est maintenant considéré comme étant positif et les réponses thérapeutiques s'avèrent souvent excellentes, et cela tant pour les adultes que pour les adolescents (NICE, 2009).

Malgré le fait que la clientèle présentant un trouble de personnalité limite soit fréquemment rencontrée dans les différents services, et que plusieurs interventions sont démontrées efficaces, la mise en place d'interventions adaptées et basées sur les meilleures pratiques dans les services spécifiques s'avère complexe. Nous réviserons ici quelques éléments à considérer au regard de cette clientèle.

1.3 Éléments à considérer au regard de la clientèle

1.3.1. Difficultés diagnostiques

Le tableau clinique présenté par les personnes ayant un TPL peut être diversifié en raison des nombreuses présentations et combinaisons possibles de critères (Oldham, 2006) et des différents systèmes diagnostiques utilisés pour identifier ce trouble. Ce diagnostic est parfois difficile à établir en raison des comorbidités qui y sont fréquemment associées (autres troubles de la personnalité, maladie affective, trouble psychotique, abus/dépendance aux drogues et à l'alcool, trouble alimentaire, trouble anxieux, etc.). Trop souvent le trouble de la personnalité, autant chez l'adulte que chez l'adolescent n'est pas diagnostiqué, le traitement se centrant alors davantage sur les autres troubles mentaux comorbides.

1.3.2. Instabilité dans le suivi thérapeutique et arrêt de suivi

Les personnes présentant un TPL ont fréquemment des difficultés à développer un lien de confiance, à établir une alliance et à s'engager dans un processus thérapeutique soutenu. Aussi, pour beaucoup d'entre elles, la motivation à recevoir un traitement est fluctuante et parfois inexistante en dehors des périodes de crise. Les ruptures de services provoquées par leurs abandons du suivi ou par des agirs impulsifs associés à leur trouble sont fréquentes. Des taux d'abandon de traitement très élevés, de plus de 50 %, ont souvent été rapportés dans plusieurs études (Landes et al., 2016).

Souvent, les personnes présentant un TPL font des demandes multiples ou utilisent mal les services offerts. Elles peuvent aussi se montrer hostiles envers le personnel et créer le chaos dans la dynamique d'intervention. De multiples enjeux affectifs, dont les défenses de clivage et d'identification projective, viennent de plus perturber les « prises en charge » thérapeutiques traditionnelles. Ainsi, plusieurs clients vont transgresser le cadre et les limites d'un traitement, ce qui peut amener des dérapages dans le suivi thérapeutique. Souvent par manque de soutien aux professionnels ou de formation adéquate, ces difficultés amènent également certaines organisations à exclure cette clientèle qui devient alors d'emblée étiquetée comme une clientèle difficile.

1.3.3. Possibles effets iatrogènes

Certains traitements ou approches dits traditionnels peuvent entraîner une détérioration de l'état de santé des personnes ayant un TPL. Les récits de suivis thérapeutiques ayant « mal tourné » sont courants dans des organisations de services n'ayant pas mis en place un dispositif de soins structurés ni développé une expertise pour le traitement de ce trouble. Par exemple, des thérapies non structurées ou non directives telles des approches psychanalytiques classiques peuvent provoquer des états cliniques régressés (Dawson, 1993).

Par ailleurs, chez les adolescents, un délai à identifier le TPL peut être néfaste, car il diminue la probabilité de recevoir une intervention appropriée. Ces délais augmentent le risque d'interventions iatrogéniques, d'une pharmacothérapie inappropriée et favorisent l'aggravation des atteintes fonctionnelles (Chanen, 2016; Desrosiers et al., 2016).

1.3.4. Autres troubles de la personnalité et sous-types de pathologie sans traitement reconnu efficace à ce jour

La recherche concernant l'intervention auprès des personnes présentant d'autres types de troubles de la personnalité est encore à ses débuts. Certaines pathologies de la lignée antisociale associant la psychopathie et certains troubles factices (cette liste ne se voulant pas exclusive), sont considérées comme non traitables ou pouvant même se détériorer par la mise en place d'un traitement (Gutheil, 1985; Stone, 2006). Ceci n'empêche pas cependant une évolution naturelle à l'extérieur de structures traditionnelles de soins qui sera parfois favorable. Malgré ces considérations, ces personnes doivent être évaluées correctement par du personnel qualifié et recevoir des services adaptés lorsque cela est pertinent, le plus souvent des services de crise.

1.4 Éléments à considérer au regard de l'organisation des soins

Une organisation clinique associant services spécifiques (1^{re} ligne) et spécialisés (2^e et 3^e lignes) s'avère complexe pour la clientèle présentant un TPL surtout lorsqu'il y a peu de concertation ou de coordination entre les prestataires de soins. Ces personnes ont un niveau de fonctionnement fluctuant dans le temps et peuvent tantôt présenter un état suicidaire aigu, tantôt une apparence de fonctionnement psychosocial adéquat. Elles sont enclines à des comportements impulsifs et leurs tableaux cliniques changeants peuvent nécessiter l'intervention de différents paliers de services tels une intervention ponctuelle en centre de crise et des visites à l'urgence, une hospitalisation brève en psychiatrie la semaine suivante, puis un retour en CLSC avec suivi psychoéducatif. Aussi, la clarification des mandats et des corridors d'accès de chacune des lignes de soins est importante à préciser avec cette clientèle. Actuellement, l'offre de services aux adultes et aux adolescents est excessivement variée autant dans les différentes régions du Québec qu'à l'intérieur d'une même région.

1.4.1. Diversité et complexité des services

Certaines équipes ont mis en place des modèles d'organisations adaptées à leurs milieux, mais de telles initiatives sont peu systématisées. Ces services se retrouvent surtout dans les services spécialisés (2^e ligne), et plus rarement dans les services spécifiques (1^{re} ligne). Quelques fois, l'organisation des services s'appuie sur l'expertise du département de psychiatrie associée à un travail thérapeutique plus soutenu dans les services spécifiques (CLSC). Par ailleurs, certains départements de psychiatrie n'ont pas mis en place une structure de soins adaptés spécialement pour la clientèle des troubles de la personnalité.

1.4.2. Limites et précarité de l'offre de services

L'offre de services pour le TPL demeure actuellement limitée pour les adultes en matière d'accessibilité et l'est encore davantage pour les adolescents. La place des troubles de la personnalité en psychiatrie et en pédopsychiatrie peut se comparer à la place de la psychiatrie en médecine, soit celui d'un secteur rarement priorisé. Dans un contexte de ressources limitées et de la stigmatisation associée à ces pathologies (Aviram & al, 2006), plusieurs organisations ont choisi de prioriser d'autres types de clientèle, voire de ne rien offrir de spécifique aux personnes présentant un TPL, ce qui rend l'accès inéquitable. Cette situation provoque un surcroît de références dans les quelques programmes qui offrent ces services et les personnes ayant un TPL se retrouvent souvent sur une longue liste d'attente. Ainsi, selon le territoire, certaines personnes peuvent bénéficier de suivi ou de structure de soins adaptés dans les services spécifiques ou spécialisés, alors que d'autres ne peuvent pas avoir accès à de l'expertise ou à des modalités thérapeutiques éprouvées.

Aujourd'hui encore, les organisations de soins offrant des services à ces clientèles restent précaires et sont trop souvent dépendantes de quelques médecins, gestionnaires et professionnels motivés. À la lumière de ces constats, le CNESM et le groupe d'experts suggèrent quelques balises afin d'améliorer l'offre de services pour le trouble de personnalité limite, en particulier dans les services spécifiques.

2. RECOMMANDATIONS

Les organisations offrant des services en santé mentale doivent considérer les besoins spécifiques de la clientèle présentant un profil de trouble de la personnalité et procéder aux changements nécessaires afin d'offrir des services selon les modèles proposés par les meilleures pratiques. Afin d'assurer la mise en œuvre des lignes directrices et des recommandations, les établissements impliqués doivent prendre des engagements, prévoir certaines dispositions organisationnelles et assumer les responsabilités associées.

2.1 Principes directeurs pour l'organisation des services

- Offrir **un continuum de services**, adaptés et basés sur les meilleures pratiques pour les clientèles présentant un TPL ou un trouble apparenté.
- Établir des **services cohérents, intégrés et de collaboration** entre les différentes lignes de services et les prestataires de soins (services spécifiques et spécialisés) cela en lien avec les « meilleures pratiques », ce qui implique une philosophie et un vocabulaire communs.
- Mettre en place une organisation de **soins par étape** et par épisode de soins (pour toutes les lignes de soins) tenant compte de la sévérité et de la complexité du problème et de la capacité de la personne à bénéficier de l'intervention.
- **Évaluer en continu** selon le requis clinique plusieurs dimensions de la personnalité (ex. : niveau de fonctionnement, impulsivité, dangerosité, risque suicidaire, intensité, motivation, comorbidité) afin d'orienter la personne au bon endroit.
- Impliquer ou faire la liaison avec **la famille et les proches**.
- Fournir aux intervenants **une formation** afin qu'ils développent des connaissances sur les interventions s'appuyant sur les données probantes, comprennent la complexité du problème et acquièrent les savoir-faire et savoir-être requis auprès de cette clientèle. Le niveau de formation et de spécialisation des équipes de soins doit être adapté à l'intervention proposée et doit inclure par exemple des compétences relativement à la résolution de crise, la gestion des émotions et des comportements dommageables et le rétablissement fonctionnel.

- Fournir aux intervenants de **la supervision clinique** en continu. Cela est recommandé par tous les experts et s'avère très pertinent cliniquement et le plus souvent est économique financièrement. À ce sujet, on note que le Plan d'action en santé mentale propose une structure hiérarchisée demandant aux intervenants des lignes de soins spécialisées d'offrir des activités de formation et de supervision aux intervenants des lignes spécifiques.
- Offrir aux intervenants qui travaillent en enfance jeunesse une **formation sur le dépistage et l'intervention auprès d'adolescents** qui présentent un TPL ou des traits de personnalité limite.
- **Évaluer en continu** aux divers paliers de services **les modes d'intervention** (évaluation de programme) et participer à la recherche en collaboration avec les partenaires.

2.2 Soins par étape

Historiquement, les interventions de groupe ont été favorisées pour cette clientèle et les données probantes supportent la pertinence de ce mode d'intervention (Omar et al., 2014). L'offre de services a cependant souvent été organisée sur une longue durée, ce qui s'avère parfois une mauvaise utilisation des ressources disponibles. Ainsi, selon un consensus de plus en plus large d'experts, la plupart des personnes vont bien répondre à des traitements intermittents de durée variable, souvent court terme (Gunderson, 2014). Les services sur un long terme ne sont habituellement requis que pour un petit sous-groupe de patients (Paris, 2016).

Une organisation basée sur les modèles de « soins par étape » (Stepped Care) est maintenant proposée comme un modèle simple, cohérent, pouvant bien répondre aux besoins cliniques de la clientèle, et ce tant chez les adultes (Choi-Kain et al., 2016; Paris, 2017) que chez les adolescents (Chanen, 2016).

Les modèles de soins en étapes se fondent sur une approche populationnelle couvrant l'ensemble des besoins de santé d'une population, de la prévention aux traitements spécialisés. Ces besoins sont évalués en prenant en compte la complexité et l'intensité des symptômes, les caractéristiques personnelles et sociales et les préférences des usagers. Les modèles de soins par étape sont le plus souvent décrits comme l'interaction de deux principes (Richards et al., 2012) :

Le principe du « **moindre fardeau** » : une intervention probante (efficace) de basse intensité est offerte en premier et les traitements de plus haut niveau d'intensité sont offerts aux personnes à risque pour elles-mêmes ou pour autrui, qui ont des antécédents d'échecs thérapeutiques ou qui ne démontrent pas d'amélioration à la suite de l'intervention initiale.

Le principe de la « **révision planifiée** » qui est nécessaire afin que le client puisse « changer de paliers » vers un traitement plus intensif ou changer vers une autre intervention dans le même palier. La révision planifiée utilise une mesure objective d'effet de l'intervention pour accompagner la prise de décision.

Ainsi, à chaque étape du continuum de services, les interventions à privilégier sont définies en fonction des données probantes. De plus, la réponse aux traitements offerts est évaluée régulièrement afin de vérifier l'adéquation des services aux besoins des clients. Cette évaluation détermine la cessation ou la poursuite des services ou le passage à des interventions plus ou moins intensives et spécialisées, si nécessaire.

Il s'agit ici de proposer des interventions par « épisodes de soins » selon la demande et les besoins de la personne. Ces épisodes comportent des services structurés, limités dans le temps, et sont associés à des objectifs et des interventions spécifiques. Un client peut ainsi obtenir des services de crise durant quelques jours, puis être orienté vers des services spécifiques (1^{re} ligne) pour quelques mois. Il pourra par la suite obtenir d'autres services spécialisés (2^e ligne) si sa condition clinique le requiert et si sa motivation est soutenue. Dans cette organisation de services, il n'y a pas de durée maximale de suivi, mais chaque épisode de soins est limité dans le temps et répond à des objectifs précis. Ces orientations sont cohérentes avec l'objectif de mise en place d'une offre de services hiérarchisés, offerts par épisode de soins et « par étape » avec des mécanismes de coordination.

L'établissement de soins structurés tel que proposé par le présent document et basés sur des expériences prometteuses permettrait d'offrir de façon plus équitable et en temps opportun des services de 1^{re} ligne aux personnes qui le requièrent et ce, peu importe leur lieu de résidence.

Une plus grande cohérence et une meilleure accessibilité associées à une offre de soins globalement améliorée sont les objectifs souhaités afin de permettre aux personnes ayant un TPL (ou un problème apparenté) de recevoir les meilleurs soins, le plus rapidement possible avec la bonne intensité et le plus près possible de leur secteur de résidence.

Aussi, en nous appuyant sur les consensus d'experts dans le domaine des troubles de la personnalité, mais aussi, en tenant compte des orientations du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 et du modèle des soins en étape, nous recommandons que les éléments suivants soient évalués « en continu » afin de permettre une orientation des personnes selon les services requis et une gestion optimale de l'accès :

- Le niveau de sévérité du trouble de la personnalité.
- L'impact, l'intensité, et la chronicité des symptômes.
- Le niveau de fonctionnement.

- La présence de comorbidité.
- L'intensité et la dysfonction de l'interaction avec le système de soins.
- L'intérêt de la personne à recevoir un traitement adapté à sa condition.

Le niveau de service est déterminé en fonction des symptômes et du niveau de fonctionnement de la personne, de même qu'en fonction de sa capacité à bénéficier des interventions.

2.3 Hiérarchisation des soins

2.3.1. Services spécifiques (1^{re} ligne) :

Pour recevoir des services spécifiques, les clients ciblés doivent présenter des dysfonctionnements légers à modérés avec des éléments de comorbidité limités et des comportements impulsifs sans dangerosité apparente ou soutenue. On devrait retrouver ici **la grande majorité** des profils de personnalité en demande de services.

Nos partenaires du milieu communautaire sont ici des acteurs importants dans l'offre de services de proximité ou de 1^{re} ligne. En effet, certains organismes au Québec ont développé une offre de services qui doit être considérée dans le panier de services en raison de sa pertinence et qui est en cohérence avec les principes avancés par notre groupe d'experts.

Modalités d'interventions :

Le comité d'experts recommande des interventions de groupe structurées de type psychoéducatif. Ces services de groupe se retrouvent en dehors du cadre de la psychothérapie prenant leur assise sur les modalités thérapeutiques reconnues (données probantes) pour les clientèles ayant un profil apparenté à un trouble de personnalité limite. À titre d'exemple, il y a des traitements adaptés de la TCD (thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) et du STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (Blum et al., 2002). Il s'agit généralement de groupes psychoéducatifs d'intensité variée (1 fois par une ou deux semaines). Le comité d'experts recommande un traitement à durée déterminée, à court terme, d'un maximum de six mois, avec des objectifs et un contrat thérapeutique établis à l'avance. La clientèle devrait avoir un accès rapide à ces services et pourrait bénéficier de quelques rencontres individuelles durant ou après l'intervention de groupe. Ceux-ci devraient idéalement être disponibles dans tous les réseaux locaux de services et dispensés par du personnel formé à ces approches. Si une médication est nécessaire, l'omnipraticien prend en charge cette portion du traitement. Le soutien par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) et un professionnel répondant en santé

mentale (PRSM), de même que la liaison avec les services spécialisés sont indispensables pour la mise en place de services cohérents et efficaces afin, entre autres, de limiter le clivage entre les établissements et la surutilisation des services.

2.3.2. Services spécialisés (2^e ligne) :

Pour recevoir des services spécialisés, les clientèles ciblées doivent présenter un niveau de dysfonctionnement modéré à sévère avec le plus souvent des éléments de complexité ou de comorbidité associés et des comportements impulsifs potentiellement dangereux.

On recommande pour cette clientèle la mise en place d'activités thérapeutiques intensives associant rencontres individuelles et de groupe, celles-ci pouvant être offertes au sein des cliniques externes spécialisées. Plus spécifiquement, on recommande la mise en place d'activités de psychoéducation, de psychothérapie et de pharmacothérapie selon des modalités reconnues (données probantes). L'implication et le suivi d'un médecin sont également recommandés. Les services spécialisés jouent également un rôle important de soutien et de consultation auprès des services spécifiques.

2.3.3. Services surspécialisés (3^e ligne) :

Les services surspécialisés se consacrent à l'évaluation de problèmes complexes associant des enjeux de comorbidité ou des éléments de dangerosité avérée ou appréhendée, une résistance au traitement, un faible niveau de fonctionnement ou encore des échecs thérapeutiques répétés en 2^e ligne. L'offre de services est surspécialisée autant pour l'évaluation que pour le traitement. Cependant, il y a lieu ici de distinguer l'évaluation et le traitement des cas complexes ou graves, car certaines pathologies graves nécessitent une expertise surspécialisée pour une évaluation, mais aucun traitement spécialisé n'est disponible ou offert (pathologies sans traitement reconnu efficace). Toutefois, dans tous les cas, l'utilisation des services de crise et d'urgence reste toujours possible.

Ces services ont également un mandat de développement des connaissances (recherche), de transfert des connaissances (formation, enseignement, formation continue, milieu de stages) ainsi que de soutien et de consultation à la 2^e ligne. Ils sont également responsables de soutenir les équipes en région en offrant soins et consultations.

2.4 Recommandations pour le déploiement de l'offre de services spécifiques

Les travaux du présent groupe d'experts nous amènent à recommander la mise en place de services spécifiques organisés priorisant des interventions respectant les balises suivantes :

- Mettre en place un **cadre de traitement cohérent et** adapté à la clientèle des troubles de la personnalité.
- **Faciliter l'accès au traitement** après une évaluation brève.
- Offrir des services de type « **psychoéducatif** » de groupe favorisant une meilleure compréhension de ses difficultés, une responsabilisation et ciblant l'acquisition d'habiletés.
- Offrir un **groupe semi-ouvert** avec intégration régulière de nouveaux participants. Ceci permet un accès rapide aux services et contribue à la vitalité et au fonctionnement du groupe.
- Offrir des interventions de groupe sur une période **brève de moins de 6 mois** (2 à 6 mois ou de 8 à 20 séances).
- Privilégier l'animation des groupes par **deux intervenants motivés, formés et** supervisés sur une base régulière (intervention ou supervision par visioconférence si nécessaire).
- S'assurer d'un **nombre suffisant d'intervenants** dédiés et formés pour intervenir auprès de cette clientèle.

Il appartient à chaque établissement d'identifier les intervenants intéressés qui ont les qualités requises pour ce faire. **Les intervenants ne doivent en aucun cas y être contraints.** Il s'agit en effet d'un travail exigeant auquel plusieurs personnes ne sont pas prédisposées.

Il est attendu que ces activités spécifiques se concluent le plus souvent par une fin de l'épisode de soins sans nécessité de référence. Les évaluations en continu, les supervisions et les rencontres régulières de coordination entre les services spécifiques et spécialisés doivent permettre, au besoin, de réorienter rapidement certaines clientèles vers les services spécialisés pour des évaluations plus complètes et un traitement si nécessaire.

CONCLUSION

Les propositions faites dans ce document sont le fruit de la mise en commun des expériences des membres du groupe d'experts. Ce document n'est pas une fin en soi, mais bien une réflexion que nous souhaitons dynamique et en évolution, étant donné les avancés rapides de la recherche dans ce domaine et des nombreux changements dans le réseau de santé au Québec. Il permettra, nous l'espérons, la mise en place d'un continuum d'intervention plus efficace et plus fluide entre les différentes lignes de soins pour les clientèles adultes et adolescentes.

Les personnes présentant des troubles de la personnalité, dont le TPL, sont une réalité clinique importante et comportent des enjeux de santé publique incontournables au Québec. Cela

amène de multiples défis dans la mise en place de services adéquats et nous confronte quant à la cohérence de notre réseau. Les constats et propositions faites ici visent la prise en compte de cette réalité de même que le déploiement de services de base simples, plus accessibles, mieux coordonnés et plus équitables pour le bien-être de la personne atteinte et de ses proches.

Sachant que beaucoup de milieux d'interventions au Québec sont actuellement en attente de repères pour mieux définir leur offre de services de groupe, nous avons fait le choix de présenter rapidement ces principales balises qui pourront aider les équipes à nourrir leurs réflexions sur ce sujet.

En terminant, une deuxième phase à ces travaux devrait suivre la publication de ce cadre de référence, où des modèles de programmation clinique respectant ces balises seront élaborés et diffusés. Dans un idéal, nous souhaiterions aussi faire état des instruments d'évaluation à utiliser ainsi que des modalités d'organisation de services liées au soutien et à la supervision clinique à déployer pour les équipes de proximité, et ce, autant pour la clientèle adulte qu'adolescente.

BIBLIOGRAPHIE/RÉFÉRENCES :

- Aviram, R.B., Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249-256.
- Blum, N., Bartels, N., St-John, D., Pfohl, B. (2002) STEPPS : Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving: Group Treatment for Borderline Personality Disorders. Coralville, Iowa, Blum's Books.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., Corcos, M., Speranza, M., (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord.*, 27(2), 251-9.
- Cailhol L & al, (2015) – Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, INSPQ (Institut National de santé publique du Québec).
- Chanen, A., Berk, M., Thompson, K., (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, vol 25 (5), 330-341.
- Chanen, A., Thompson, K., (2016). Prescribing and borderline personality disorder. *Australian Prescriber*, vol 39 : no 2.
- Choi-Kain, L., Albert, E., Gunderson, J., (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder : implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, vol 24(5), 342-56.
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54, 1149-1154.
- Dawson & al, (1993), *Relationship management of the Borderline Patient*, Brunner / Mazel.inc, NY NY.
- Desrosiers, L. & Laporte, L. (2015). Who are the adolescents with borderline personality disorder in Youth Protection and what services do they get? Paper presented at the Personality Disorder Across the Lifespan : XIVth Conference of the international Society for the study of personality disorders, Montréal.
- Gross R., Olfson, M., & Gamerov, M. (2002) : Borderline personality disorder in primary care. *Archives of International Medicine*, 162, 53-60.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder : ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539. doi : 166/5/530 [pii].
- Gunderson, J. G. & al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder : psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*, 68(8), 827-837. doi : 10.1001.

- Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorders*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Gutheil TG (1985), Medical pitfalls in the treatment of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, Jan;142(1):9-14.
- Healy, E., Saha, S., Subotsky, F., Fombonne, E., (2002) Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc*, 25(4), 397-404.
- Landes & al, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2016). 3-9 DOI 10.1186/s40479-016-0043-3.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-56.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, NY NY, Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2011). *Integrated Treatment: moving beyond specialized treatments for borderline personality disorder*. The Nova Scotia Hospital's Academic Day XXIII : Personality Disorders, Nouvelle Écosse.
- NICE : *Borderline Personality Disorder : Treatment and management* (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence and the National Collaborating Center for Mental Health. Clinical guidelines, no 78, Leicester (UK).
- Oldham, J. M. (2006). *Borderline Personality Disorder and Suicidality*, *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Omar, H., Tejerina-Arreal, M., Crawford, J., (2014) Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current UK guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis, *Personality and mental health*, 8 (3), 228-237.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001) : A twenty-seven year follow-up of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Paris, J. (2015). *A Concise Guide to Personality Disorders*. American Psychological Association Publishing.
- Paris, J. (2016). Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(4), 297-301.
- Paris, J. (2017). *Stepped Care for Borderline Personality Disorder: Making Treatment Brief, Effective and Accessible*, New York, Academic Press.
- PASM (2015-2020). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Ministère de la santé et services sociaux du Québec.

- Pompil, M., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2005) : Suicide in borderline personality disorder:A meta-analysis, *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-24.
- Richards & al, (2012) : Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. *Implementation, Science* 7 :3.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-83.
- Soloff, P., Lynch, KG., Kelly, TM., Mann,JJ. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4) 601-608.
- Stewart, S., Manion, I., Davidson, S. (2002). Emergency management of the suicide attempter : a review of the litterature. *J Adoles Health*. 30(5), 312-25.
- Stone, M. (1993) *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment*. First edition, Norton.
- Stone, M. (2006). *Personality-disordered patients : treatable and untreatable* : Washington DC, American psychiatric publishing.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of Internal Medicine*, 58, 590-596.
- Van Asset, A. D. I., Dirkseen, C. D. Arntz, A. & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder : Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.