

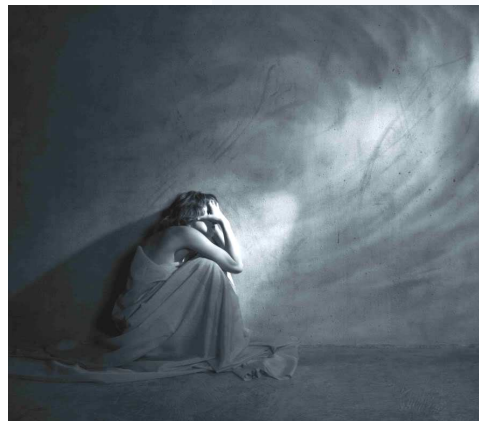


LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ LIMITE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN : PRÉVALENCE ET UTILISATION DES SERVICES

NOVEMBRE 2016

INTRODUCTION

Les troubles de la personnalité limite (TPL) sont des troubles mentaux fréquents qui peuvent avoir des conséquences dramatiques, tant sur le plan social que sur celui de la santé. Les personnes en souffrant, d'ailleurs, ont une espérance de vie beaucoup moins élevée que celle du reste de la population (environ 15 ans de moins chez les hommes et 10 ans de moins chez les femmes) (Cailhol et collègues, 2015 : 17).



On estime qu'environ une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les troubles mentaux représenteront la première cause de morbidité dans le monde d'ici 2030 (Fleury et Grenier, 2012 : 1). À l'instar d'autres troubles mentaux (Fournier et collègues, 2012; Lesage et Émond, 2012; Wong et collègues, 2014), les TPL sont associés à une importante surmortalité et à des problématiques de comorbidité, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique.

Ce document présente les données sur les TPL les plus récentes relatives au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans un premier temps, il dresse le portrait de la prévalence de ces problèmes de santé mentale, en fonction du sexe et des réseaux locaux de services (RLS) de la région. Dans un deuxième temps, il présente les tendances relatives à la morbidité associée à ces désordres, à partir d'une analyse de l'utilisation des services et de la mortalité chez les personnes traitées pour un TPL.

AUTEUR

Fabien Tremblay, agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique

RÉVISION DU CONTENU

Ann Bergeron, médecin-conseil responsable de la surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique

RELECTURE

Audrey Bolduc, adjointe à la direction, Direction de santé publique

Annie Girard, adjointe à la direction, Direction ressources humaines, communications et affaires juridiques

Johanne Thériault, adjointe à la direction, Direction ressources humaines, communications et affaires juridiques

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante :

www.santesaglac.com (section : Documentation).

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN (version PDF) : 978-2-550-77168-5

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016



FAITS SAILLANTS

- > Les troubles de la personnalité limite (TPL) du groupe B sont des troubles mentaux graves et fréquents : on estime que près de 3 % de la population de la région a été traitée pour de tels troubles au cours des dix années étudiées (2000-2001 à 2011-2012).
- > Le taux ajusté (selon l'âge) de prévalence des TPL du groupe B a légèrement augmenté au cours des dernières années. Cette augmentation est plus importante chez les femmes que chez les hommes.
- > Les personnes souffrant d'un TPL du groupe B sont davantage hospitalisées et consultent plus les urgences et les psychiatres que celles qui présentent des troubles mentaux courants, tels que les troubles anxio-dépressifs.
- > Les personnes souffrant des TPL du groupe B ont une espérance de vie beaucoup moins élevée que celle du reste de la population (environ 15 ans de moins chez les hommes et 10 ans de moins chez les femmes), ce qui en fait une condition encore plus sévère que les troubles schizophréniques et le diabète.
- > Les taux de la plupart des grandes causes de mortalité sont significativement plus élevés chez les patients présentant un TPL du groupe B par rapport au reste de la population. Le suicide constitue une part majeure de la surmortalité dans cette population.

QU'EST-CE QUE LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ LIMITE?

Les TPL se caractérisent par une grande **instabilité émotionnelle**, qui cause d'importants changements au niveau des traits de caractère habituels. Ces **fluctuations fréquentes, rapides et mal tolérées des émotions nuisent au fonctionnement** de la personne à plusieurs égards.

En effet, « Chaque personnalité se distingue par un grand nombre de traits de personnalité ou de traits de caractère, à titre d'exemple, [...] l'hyperémotivité, l'impulsivité ou encore l'ambivalence. On parle de trouble de la personnalité quand certains de ces **traits de caractère sont très marqués, figés, ou qu'ils deviennent inadaptés aux situations**. Cela se répercute chez la personne dans presque toutes les sphères de fonctionnement, entraînant obligatoirement de façon durable une **souffrance pour la personne et pour son entourage et/ou [sic] un fonctionnement social ou professionnel bien en deçà de ses capacités** » (Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2016).

Les TPL apparaissent généralement au cours de l'adolescence et **se manifestent dans au moins deux des domaines suivants** :

- > Apprentissage
- > Émotionnel
- > Interpersonnel
- > Contrôle des impulsions

Les **symptômes** des TPL se distinguent par leur présence et leur persistance. Parmi ceux-ci, on compte notamment :

- > Idées suicidaires
- > Difficulté à s'entendre avec les autres
- > Déviation du comportement
- > Constance du comportement déviant
- > Comportement inflexible
- > Irritabilité
- > Hostilité
- > Manipulation
- > Crainte
- > Exigence
- > Instabilité
- > Changement marqué de l'humeur
- > Faible estime de soi
- > Hypersensibilité à la critique
- > Grande détresse
- > Colère
- > Difficultés de fonctionnement
- > Impulsivité

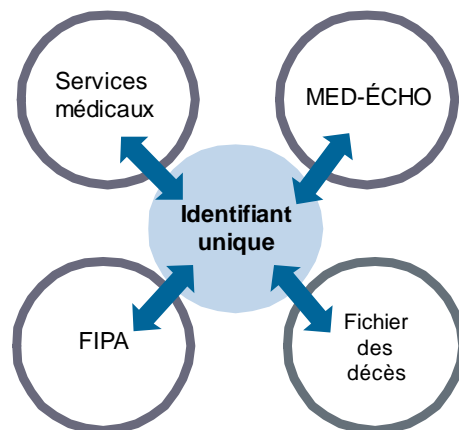


MÉTHODOLOGIE

Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

La prévalence des TPL est mesurée à partir des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), qui s'alimente du jumelage de quatre fichiers médico-administratifs :

- > le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) (assurance maladie et médicaments), qui couvre 100 % des personnes assurées;
- > le fichier de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), qui couvre 100 % des hospitalisations;
- > le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ce fichier contient les informations relatives au paiement des médecins, notamment les codes correspondant au diagnostic, présent dans 91 % des réclamations;
- > le fichier des décès du Registre des événements démographiques.



Ces fichiers médico-administratifs sont mis à jour annuellement. L'ensemble des procédures et la méthodologie adoptée pour le SISMACQ permettent une estimation précise et un suivi dans le temps de la prévalence des troubles mentaux et de l'utilisation des services en santé mentale par les personnes atteintes.

Définition de cas

En accord avec la recommandation d'un groupe de psychiatres et de psychologues travaillant au Québec et possédant une expertise dans la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité, la surveillance des troubles de la personnalité porte exclusivement sur les troubles de la personnalité limite du groupe B (narcissique, limite, antisociale, histrionique), tel que défini dans la 5^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). « Le choix du groupe B correspond à la pertinence clinique (fréquence, sévérité, utilisation des soins, traitements validés) selon les experts. » (Caihol et collègues, 2015 : 3). Sont également incluses les personnalités dysthymiques (301.1) et épileptoïdes (301.3) dans le groupe B, « du fait de leur descriptif clinique. Le premier des deux inclut la cyclothymie (301.13) et le deuxième n'a pas d'équivalent dans le DSM » (*Ibid.*).

La surveillance des troubles de la personnalité limite du groupe B porte sur la population âgée d'un an et plus assurée par la RAMQ. Une personne est considérée comme souffrant d'un TPL du groupe B si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants :

- > avoir un diagnostic principal de TPL du groupe B inscrit au fichier MED-ÉCHO;
- > avoir un diagnostic de TPL du groupe B au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours de l'année.

Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) utilisés pour identifier les diagnostics de troubles de personnalité limite du groupe B sont : CIM-9 : 301.1, 301.3, 301.5, 301.7, 301.8, 301.9. CIM-10 : F07.0, F34.0, F34.1, F48.8, F60.2, F60.3, F60.4, F60.6, F60.8, F60.9, F61, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F68.1, F69.

À l'instar des autres troubles mentaux étudiés par le SISMACQ, l'indicateur retenu pour la surveillance des TPL dans la population est la prévalence annuelle. Ainsi, un individu « doit donc répondre aux critères d'inclusion chaque année pour être considéré comme un cas prévalent de trouble mental diagnostiqué » (Lesage et Émond, 2012 : 2).



Profil d'utilisation des services

Le profil d'utilisation des services a été analysé pour l'ensemble des personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite du groupe B.

Ce profil est construit de manière hiérarchique. Les services de santé mentale sont définis comme tout service de santé ayant comme diagnostic principal un TPL (Lesage et Émond, 2012). Les catégories suivantes de services, s'organisant du plus haut au plus bas niveau hiérarchique, composent ce profil :

1. Hospitalisation
2. Urgence
3. Psychiatre en ambulatoire
4. Médecin de famille en ambulatoire
5. Autres services en santé mentale



Afin de construire le profil d'utilisation des services, le plus haut niveau de services qu'a reçu une personne lui est attribué. Ainsi, à titre d'exemple, une personne souffrant d'un TPL du groupe B qui a été hospitalisée dans la dernière année est comptabilisée dans la catégorie hospitalisation uniquement, et ce, malgré le fait qu'elle ait pu consulter à l'urgence ou avoir été vue par un médecin de famille en ambulatoire.



RÉSULTATS

Des troubles légèrement plus fréquents chez les femmes

Selon les données du SISMACQ, plus d'une personne sur dix (137,2 pour 1 000) a été traitée pour un trouble mental au cours de l'année 2013-2014 au Saguenay–Lac-Saint-Jean, une proportion significativement plus élevée que celle alors observée au Québec (114,4 pour 1 000; tableau 1).

On estime qu'environ 3 % des personnes traitées pour un trouble mental annuellement dans la région le sont pour un TPL du groupe B. Ainsi, un peu plus de quatre personnes sur 1 000 ont été traitées pour un TPL du groupe B dans la région au cours de l'année 2013-2014, une proportion comparable à celle observée dans le reste du Québec (tableau 1). En outre, et ce, à l'instar de plusieurs autres troubles mentaux, les femmes sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un tel désordre (5,2 pour 1 000 femmes contre 3,2 pour 1 000 hommes).

TABLEAU 1

Prévalence annuelle des troubles mentaux selon le sexe et le diagnostic, population d'un an et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2013-2014

	Ensemble des troubles mentaux			Troubles de la personnalité		
	N/an ¹	Taux ajusté /1 000 ²	Écart/Qc	N/an ¹	Taux ajusté /1 000 ²	Écart/Qc
Saguenay–Lac-Saint-Jean						
Hommes	16 005	119,9	(+)	410	3,2	n.s.
Femmes	21 300	154,4	(+)	670	5,2	n.s.
Sexes réunis	37 305	137,2	(+)	1 085	4,2	n.s.
Québec						
Hommes	399 720	100,8		12 530	3,2	
Femmes	532 480	127,2		18 575	4,7	
Sexes réunis	932 205	114,4		31 105	4,0	

1. Nombre de cas .

2. Prévalence ajustée selon la structure par âge (1 à 17, 18 à 44, 45 à 64, 65 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

n.s. Pas de différence significative avec le reste du Québec, au seuil de 1 %.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

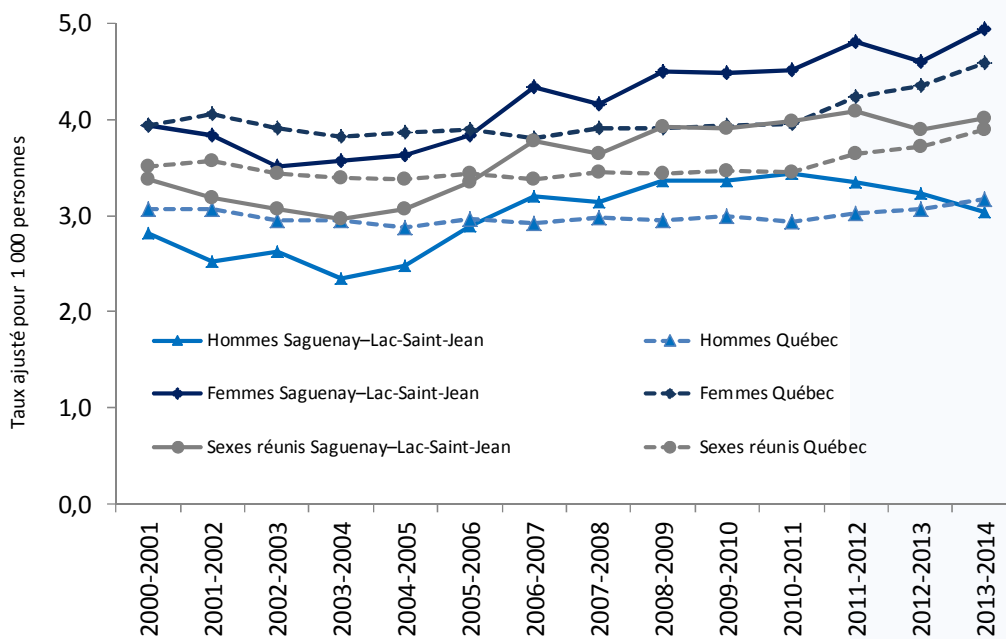
Mise à jour de l'indicateur le 27 janvier 2016.

Cailhol et collègues (2015) ont calculé la prévalence cumulée, sur une période de dix ans, pour les TPL du groupe B dans les différentes régions du Québec. Ils estiment à 26,6 pour 1 000 le taux ajusté de prévalence de ce désordre au cours de cette période au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ainsi, selon ces estimations, 7 230 personnes vivant dans la région auraient été traitées pour un TPL du groupe B au cours de la période à l'étude (2000-2001 à 2011-2012).

Une évolution plus importante de la prévalence annuelle dans la région

Le taux ajusté (selon l'âge) de prévalence des TPL du groupe B a légèrement augmenté au cours des quatorze années étudiées, passant de 3,4 pour 1 000 à 4,0 pour 1 000 dans la région et de 3,5 pour 1 000 à 3,9 pour 1 000 au Québec (figure 1). Cette augmentation est plus évidente chez les femmes, une tendance qui demeure plus marquée dans la région qu'au Québec.

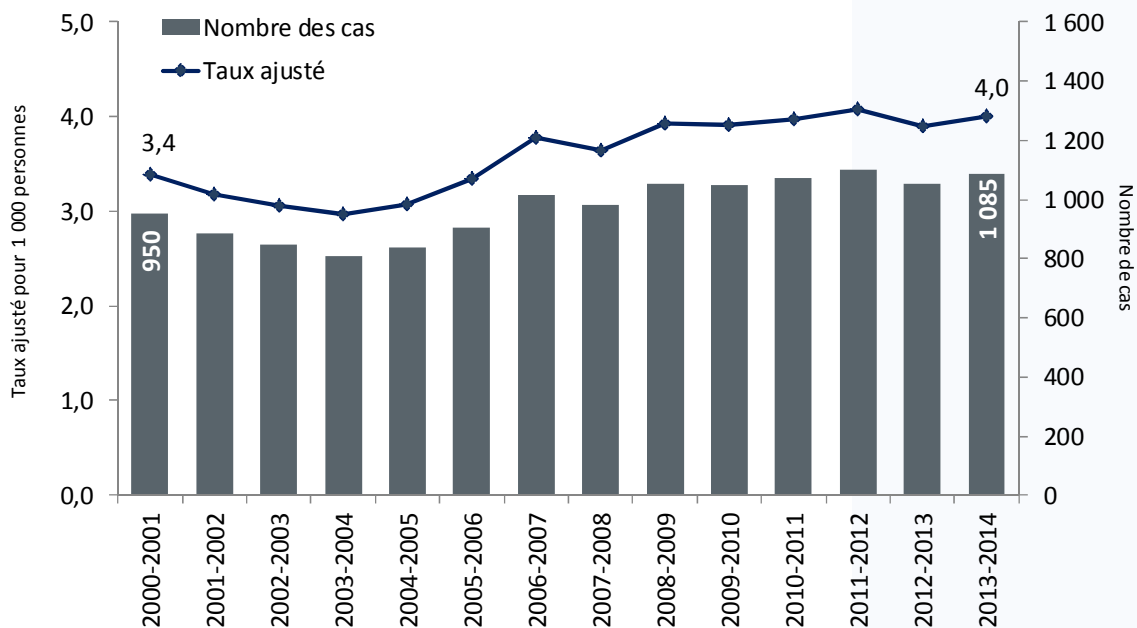
FIGURE 1
Évolution de la prévalence annuelle (taux ajusté pour 1 000 personnes)
des troubles de la personnalité limite du groupe B selon le sexe,
population d'un an et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2000-2001 à 2013-2014



Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

L'augmentation du taux ajusté de prévalence se traduit par une augmentation de nombre de cas traités annuellement dans la région (14 % sur toute la période, soit 1 % annuellement en moyenne) (figure 2). Somme toute, au cours des quinze dernières années, 975 personnes annuellement en moyenne ont été traitées pour un TPL du groupe B dans la région.

FIGURE 2
Évolution de la prévalence annuelle (taux ajusté pour 1 000 personnes et nombre de cas)
des troubles de la personnalité limite du groupe B,
population d'un an et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2001 à 2013-2014



Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Des RLS qui se démarquent

Le tableau 2 présente la prévalence annuelle des TPL du groupe B selon le sexe et le RLS. Tous sexes confondus, en 2013-2014, le taux ajusté de prévalence est significativement plus élevé que dans le reste du Québec dans les RLS La Baie (4,4 pour 1 000) et Chicoutimi (5,3 pour 1 000). On constate, à l'inverse, que les taux sont significativement moins élevés dans les RLS Domaine-du-Roy (2,9 pour 1 000) et Maria-Chapdelaine (2,6 pour 1 000).

TABLEAU 2

Prévalence annuelle (taux ajusté selon l'âge pour 1 000 et nombre de cas) des troubles de la personnalité limite du groupe B, selon le sexe et le réseau local de services (RLS), population d'un an et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2013-2014

	Hommes			Femmes			Sexes réunis		
	N/an ¹	Taux ajusté / 1 000 ²	Écart/ Qc	N/an ¹	Taux ajusté / 1 000 ²	Écart/ Qc	N/an ¹	Taux ajusté / 1 000 ²	Écart/ Qc
La Baie	25	2,9	n.s.	60	5,9	n.s.	85	4,4	(+)
Chicoutimi	150	4,0	n.s.	250	6,7	(+)	400	5,3	(+)
Jonquière	105	3,4	n.s.	175	5,6	n.s.	280	4,5	n.s.
Domaine-du-Roy	30	2,4	n.s.	45	3,4	n.s.	80	2,9	(-)
Maria-Chapdelaine	20	1,9	n.s.	40	3,5	n.s.	60	2,6	(-)
Lac-Saint-Jean-Est	75	2,9	n.s.	100	4,2	n.s.	180	3,5	n.s.
Saguenay–Lac-Saint-Jean	410	3,2	n.s.	670	5,2	n.s.	1 085	4,2	
Québec	12 530	3,2		18 575	4,7		31 105	4,0	

1. Nombre de cas de trouble de la personnalité limite du groupe B.

2. Prévalence ajustée selon la structure par âge (1 à 17, 18 à 44, 45 à 64, 65 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.

(-) Valeur significativement plus faible que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.

n.s. Pas de différence significative avec le reste du Québec, au seuil de 1 %.

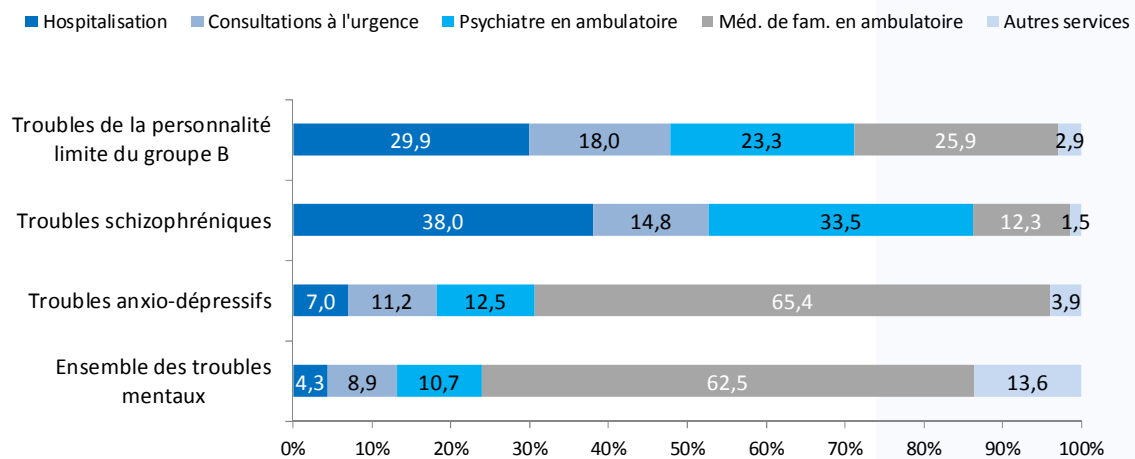
Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 27 janvier 2016.

Un recours important à l’hospitalisation et à l’urgence

La figure 3 présente le profil hiérarchique d’utilisation des services de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles mentaux (voir méthodologie à la page 7), selon trois catégories de troubles. On constate à sa lecture deux différents types de profil. Un premier type de profil concerne les TPL et les troubles schizophréniques. Les personnes atteintes de ces troubles sont davantage hospitalisées, fréquentent plus l’urgence et les psychiatres que ceux qui présentent des troubles mentaux plus courants, tels que les troubles anxio-dépressifs (Lesage et Émond, 2012; Tremblay, 2015). Cela dit, le recours à l’hospitalisation et la consultation d’un psychiatre sont un peu plus fréquents chez les personnes souffrant d’un trouble schizophrénique, alors qu’une proportion plus importante de personnes atteintes de TPL semblent avoir consulté à l’urgence.

FIGURE 3
Profil hiérarchique¹ (%) d’utilisation des services de santé mentale
chez les personnes atteintes de troubles mentaux, selon la catégorie de trouble,
population d’un an et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2013-2014



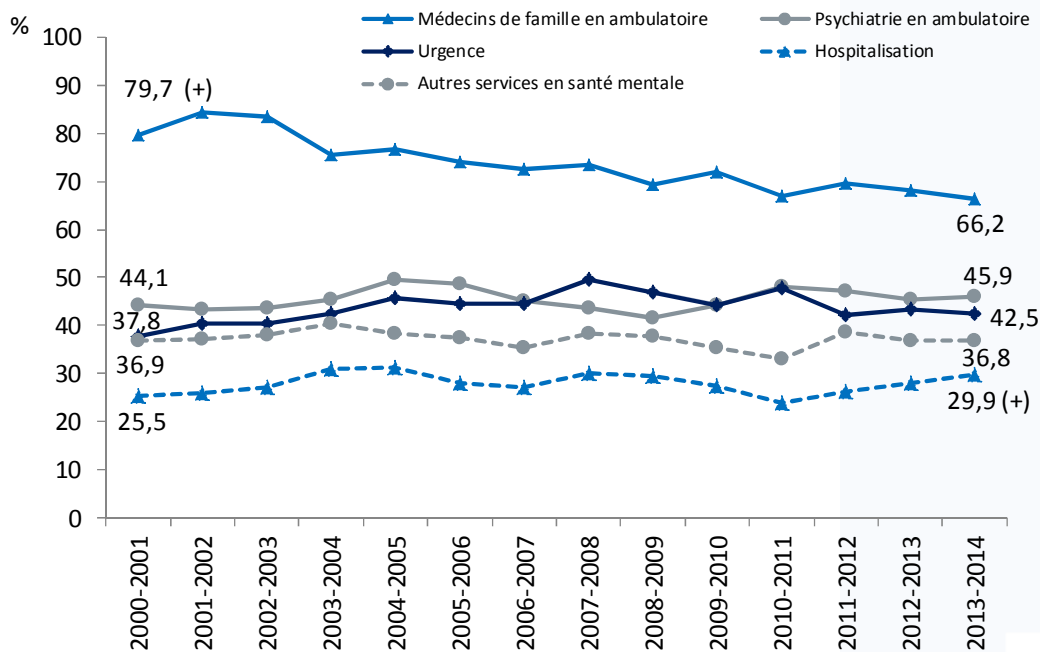
Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.
 1. voir la page 4 pour la définition du profil hiérarchique.
 Mise à jour de l'indicateur le 21 mars 2016.

Dans les faits, en ne tenant pas compte de la hiérarchisation des services, dans la région, 1 640 personnes atteintes d’un trouble mental ont été hospitalisées en 2013-2014, dont 305 souffraient d’un TPL du groupe B. En outre, au cours de cette même année, 665 personnes atteintes d’un tel désordre ont consulté leur médecin de famille en ambulatoire et 460 ont consulté à l’urgence. Ainsi, les TPL du groupe B représentent 18 % de l’ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux et 13 % des visites à l’urgence, alors que seulement 3 % des personnes traitées pour un trouble mental annuellement dans la région le sont pour ce type de trouble.

La fréquentation des médecins de famille en diminution

La figure 4 présente l'évolution de la fréquentation des différents types de services de santé par les personnes traitées pour un trouble de la personnalité limite du groupe B, et ce, sans tenir compte de leur hiérarchisation. On peut voir à sa lecture que la fréquentation des médecins de famille dans la région a considérablement diminué au cours des quatorze années étudiées. À l'inverse, on constate que la fréquentation des urgences (de 25,5 % à 29,9 %) et que le recours à l'hospitalisation (de 37,8 % à 42,5 %) ont augmenté de façon significative.

FIGURE 4
Proportion (%) d'utilisation des services de santé mentale
chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité limite du groupe B,
selon le type de services, population d'un an et plus,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2001 à 2013-2014



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1%.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Mise à jour de l'indicateur de 21 mars 2016.

DISCUSSION

Des données utiles malgré leurs limites

Le SISMACQ est un outil fort utile pour la surveillance des troubles mentaux. Il importe néanmoins de souligner certaines des limites devant être considérées lors de l'analyse des données qu'il produit. La principale est sans aucun doute inhérente à la nature même des sources sur lesquelles le système s'appuie. En effet, « [ces] données administratives comprennent de l'information sur les personnes qui ont recours aux services de santé. De ce fait, la définition de cas des [TPL du groupe B] identifie seulement les personnes dont l'état a été diagnostiqué par un médecin. Les personnes avec [un TPL du groupe B] peuvent être traitées en cabinet privé ou par d'autres professionnels comme les psychologues en CLSC. Cependant, le SISMACQ ne contient pas ces données et ne peut pas les rapporter » (Rochette et Lesage, 2014 : 2).

Notons de plus que « les comorbidités cliniques sont très élevées [chez les personnes souffrant d'un TPL] et pourraient être vues comme la dominante clinique principale dans la cotation du diagnostic. Par exemple, un client avec abus de substance et trouble de la personnalité peut être coté seulement abus, ne laissant pas apparaître la condition reliée au trouble de la personnalité. Cela signifie que les usagers [identifiés par le SISMACQ] sont ceux pour qui le diagnostic de trouble de la personnalité est considéré à l'avant-plan. Par rapport à la prévalence annuelle, la prévalence cumulée corrige partiellement le phénomène, rapportant tous les cas, quel que soit le moment du diagnostic » (Cailhol et collègues, 2015 : 16).

Ce dernier élément fait écho à une autre limite découlant de la mesure utilisée par le SISMACQ en ce qui concerne les troubles mentaux, c'est-à-dire la prévalence annuelle. Comme le souligne Lesage et Émond, « le choix de représenter la prévalence des troubles mentaux par une prévalence annuelle diffère de celui d'autres maladies chroniques, comme le diabète, pour lesquelles la prévalence est calculée de façon cumulée au fil des ans. La prévalence cumulée comprend ainsi les cas récents et ceux de longue date alors que la prévalence annuelle ne comprend que les individus ayant répondu à la définition de cas au cours de l'année. Ce choix de prévalence annuelle permet de mieux représenter le fardeau sur les services de santé, mais minimise la démonstration du caractère chronique et plus étendu des troubles mentaux » (Lesage et Émond, 2012 : 2).

Somme toute, « La prévalence à vie des cas diagnostiqués retrouvée dans les fichiers médico-administratifs paraît significativement plus basse que celle des études de grande ampleur en population générale. Alors que celle mesurée [par le SISMACQ] approche le 2,5 % pour les hommes et 3 % pour les femmes, les prévalences attendues pour l'ensemble des troubles de la personnalité seraient proches de 14 % (Grant et collègues, 2004; Torgersen et collègues, 2001). Si l'on considère les prévalences attendues en population clinique (psychiatrie), elles seraient aussi plus élevées, en particulier si l'on considère l'ensemble des troubles de la personnalité (40 %) (Newton-Howes et collègues, 2010) ou les troubles de la personnalité du groupe B (13 %) et non spécifié (14 %) (Zimmerman et collègues, 2005). [Cailhol et collègues] rappelle que les études ont été réalisées sur

la population générale, sur des échantillons variant de quelques centaines de cas à plusieurs dizaines de milliers, avec des instruments différents et des classifications nosographiques différentes. La diversité des méthodologies contribue à l'hétérogénéité de leurs résultats. » (Cailhol et collègues, 2015 : 16).

Des troubles nécessitant des soins aigus

Les données du SISMACQ démontrent que les médecins de famille jouent un rôle très important auprès des personnes atteintes d'un TPL. Sept patients sur dix, en moyenne, ont eu recours à leurs services au moins une fois au cours de l'année pour la période étudiée. Cependant, et ce, à l'instar de ce qui est observé ailleurs au Québec, le profil hiérarchique de consommation de services révèle que le recours à l'hospitalisation et que la fréquentation des urgences sont particulièrement fréquents chez ces patients, lorsque comparé à celui de patients atteints de troubles plus fréquents comme les troubles anxio-dépressifs.

Selon Cailhol et collègues (2015 : 18), « ces profils sont congruents avec les données d'observation de la littérature qui rapportent une forte utilisation des hospitalisations et des urgences (Zanarini et collègues, 2004). Ils permettent aussi de souligner l'écart entre les pratiques et les recommandations internationales qui favorisent les prises en charge ambulatoire au détriment des programmes hospitaliers. Cette inadéquation peut s'expliquer par la rareté des programmes de soins dédiés à cette clientèle. Les bonnes pratiques soutiennent que l'efficacité du traitement du trouble de la personnalité limite tient à l'utilisation de programmes spécialisés et spécifiques. Il en résulte, en leur absence, que les patients se tournent vers d'autres programmes ou des soins généralistes qui favoriseraient l'utilisation importante et inadéquate des services ».

Renaud rappelle, pour sa part, que « depuis une trentaine d'années, le diagnostic et le traitement du trouble de personnalité limite préoccupent de façon prépondérante les cliniciens. La fréquence de ce trouble de personnalité rencontré en clinique externe de psychiatrie, la sévérité des symptômes présentés dont la mortalité potentielle et la difficulté de traiter ces patients, souvent récalcitrants, ont été des facteurs qui ont contribué à cette prépondérance » (Renaud, 2013 : 73). Somme toute, Villeneuve et Lemelin soulignent qu'il existe à ce sujet un certain consensus autour du fait que « la psychothérapie constitue le traitement de choix » pour ces patients (2009 : 201).



Un problème de santé qui vient rarement seul

La littérature sur le sujet est sans équivoque, les comorbidités psychiatriques associées aux TPL sont nombreuses. Parmi les plus fréquentes, on compte notamment les troubles de l'humeur, les abus de substances et la dépendance, les troubles anxieux et les troubles alimentaires (Grant et collègues, 2008; Zanarini et collègues, 2004). En outre, la surmortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux est un phénomène qui commence à retenir l'attention des chercheurs (Ajetunmobi et collègues, 2013; Nordentoft et collègues, 2013).

Bien qu'aucune donnée régionale n'ait été présentée dans ce rapport en ce qui concerne la comorbidité et la surmortalité associées aux TPL, il importe néanmoins de souligner certaines observations rapportées ailleurs. À partir des données québécoises produites par le SISMACQ, Cailhol et collègues (2015) ont démontré que les taux de mortalité pour plusieurs grandes causes sont plus élevés chez les personnes souffrant d'un TPL du groupe B que dans le reste de la population québécoise. Ainsi, selon leurs calculs, les personnes souffrant de TPL du groupe B ont une espérance de vie à 20 ans beaucoup moins élevée que celle du reste de la population (environ 15 ans de moins chez les hommes et 10 ans de moins chez les femmes), ce qui en fait une condition encore plus sévère, de ce point de vue, que les troubles schizophréniques, les troubles anxio-dépressifs (tableau 3) et le diabète (Cailhol et collègues, 2015 : 17). Finalement, les auteurs soulignent que « ces données québécoises paraissent inférieures aux données émergentes dans la littérature internationale qui se situent environ entre 13 à 25 années de vie de moins en moyenne » (*Ibid.*).

TABLEAU 3

Espérance de vie à 20 ans, selon l'atteinte de troubles mentaux et selon le sexe, Québec, 2001-2002 à 2011-2012

	Espérance de vie à 20 ans (années)	
	Hommes	Femmes
Population en général	59	64
Population atteinte d'un trouble mental	51	59
Population atteinte d'un trouble anxio-dépressif	55	65
Population atteinte d'un trouble schizophrénique	48	54
Population atteinte d'un trouble de la personnalité limite du groupe B	46	55

Source: CAILHOL, L. et collègues (2015). « Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, Institut national de santé publique du Québec, p. 10.

Parmi les causes dont la mortalité est plus importante chez les TPL, le suicide occupe une place prépondérante. Cela dit, plusieurs problèmes de santé physique sont également des causes de surmortalité notables. C'est pourquoi, suggèrent les auteurs, « une approche centrée sur la prévention du suicide est nécessaire pour lutter contre la surmortalité liée à cette maladie, mais une prise en charge comprenant, tout comme pour la schizophrénie, une attention aux habitudes de vie et aux comorbidités physiques, permettrait [également] d'améliorer l'espérance de vie » des personnes atteintes de TPL (*Ibid.*).

Des pistes pour la prévention du suicide

Les idéations suicidaires sont très courantes chez les personnes atteintes de TPL. Plusieurs auteurs soutiennent d'ailleurs que les idées et les gestes suicidaires font partie des symptômes caractéristiques de ces désordres (Black et collègues, 2004; Renaud, 2013).

On estime qu'au moins le trois quart des patients atteints de TPL font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et qu'environ un patient sur dix décédera éventuellement des suites de son geste suicidaire (Black et collègues, 2004). Selon Paris (1994 : 120), « la plupart des suicides surviennent au cours des cinq premières années de suivi et ont tendance à survenir lorsque les patients ne sont plus en traitement actif ». Les patients ayant un TPL et présentant des comorbidités psychiatriques de dépression ou d'abus de substance et de dépendance seraient également plus susceptibles de se suicider (McGirr et collègues, 2007; Solof et collègues, 2000). Finalement, toujours selon Paris, un nombre important de personnes ayant des comportements suicidaires chez les TPL ne recevraient pas l'attention clinique appropriée (Paris, 1994).

À ce sujet, Berk et collègues (2009) ont rapporté le fait que les comportements suicidaires chez les TPL ne sont pas toujours considérés comme sérieux, soulignant qu'on leur appose souvent à tort l'étiquette de gestes visant essentiellement à « provoquer » ou « manipuler ». Cette façon d'appréhender les comportements suicidaires chez les TPL, soutiennent-ils, implique que le risque de blessure ou de décès est considéré comme faible. Or, une littérature de plus en plus abondante montre que les patients atteints de TPL sont à risque élevé de suicide et que les cliniciens sont susceptibles de sous-estimer ce risque.

De récents travaux sur le sujet ont effectivement démontré que les tentatives de suicide chez les TPL ont le même degré de létalité et l'intention de mourir est aussi forte chez ces patients que chez les personnes ne souffrant pas de TPL (Soloff et collègues, 2000). En outre, aucune différence dans le degré d'intention de mourir n'est constatée lorsque comparée aux tentatives effectuées par des personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur ou ayant à la fois un diagnostic de dépression et de TPL.



CONCLUSION

À la lumière des données présentées dans ce document, force est de constater que le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, malgré ses limites, est un outil fort utile pour la surveillance des troubles mentaux, notamment afin d'apprécier les tendances en ce qui concerne la morbidité leur étant associée et, conséquemment, les besoins de soins et de services en santé mentale. À ce sujet, les résultats présentés dans ce document mettent en évidence le recours important aux soins et aux services en santé mentale par les personnes atteintes d'un TPL du groupe B. Ils révèlent par la même occasion l'ampleur et la gravité de ce problème, ce qui soulève, par ailleurs, certaines questions. Qu'est-ce qui explique le recours important par les personnes souffrant d'un TPL du groupe B à des services aigus comme l'hospitalisation et l'urgence? Est-ce uniquement la gravité du problème de santé et les comorbidités lui étant associées? Ou est-ce parce que les services disponibles en amont sont moins adaptés à leur condition?

On sait effectivement que les personnes souffrant de TPL du groupe B ont une espérance de vie beaucoup moins élevée que celle du reste de la population, dû notamment à la présence de différentes comorbidités. La littérature sur le sujet met également en évidence l'importance du suicide chez les personnes atteintes du TPL du groupe B. Il est pertinent de rappeler, d'ailleurs, que cette littérature évoque un certain manque de considération clinique à l'égard des comportements suicidaires de ces patients. En outre, le profil clinique particulier des personnes atteintes d'un TPL du groupe B nécessite le déploiement de mesures de prévention adaptées (Black et collègues, 2009; Berk et collègues, 2009; Caihol et collègues, 2007; Paris, 1994).

Finalement, d'autres éléments en amont du diagnostic et du traitement ne ressortent pas de cette analyse, mais doivent néanmoins être soulignés. Car, rappelons-le, « les troubles mentaux sont d'origine biopsychosociale. Ils relèvent, comme beaucoup d'autres problèmes de santé, de causalités à la fois biologiques, comportementales et environnementales agissant en interaction sur les individus, les familles et les communautés » (Fleury et Grenier, 2012 : 17). Et force est de constater, à ce sujet, que les jeunes ne sont pas tous égaux en ce qui a trait aux facteurs favorables à leur santé mentale (Tremblay et Lapierre, 2014). En effet, plusieurs problèmes vécus à l'adolescence sont liés au niveau de scolarité des parents, à leur situation financière de même qu'à la structure familiale ou, plus largement, à l'environnement social. Ainsi, toute intervention visant notamment l'amélioration de la scolarisation, le développement des compétences sociales et la réduction des inégalités socioéconomiques est souhaitable si l'on veut améliorer l'état de santé mentale de l'ensemble de la population, et, par le fait même, prévenir l'apparition de troubles mentaux comme les TPL du groupe B.



RÉFÉRENCES

AJETUNMOBI, O., et collègues (2013). “Early Death in those Previously Hospitalised for Mental Healthcare in Scotland : a Nationwide Cohort Study, 1986-2010”, *British Medical Journal Open*, 3, 7, 10 p.

BERK, M. S., et collègues (2009). “Beyond the Threats: Risk Factors for Suicide in Borderline Personality Disorder”, *Current Psychiatry*, 8, 5, p. 33-41.

BLACK, D., et collègues (2004). “Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder : Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention”, *Journal of Personality Disorder*, 18, 3, p. 226-239.

CAILHOL, L., et collègues (2015). « Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

ÉMOND, V. (2012). *Le projet de surveillance des maladies chroniques*, Journées annuelles de santé publique, 12 novembre, [//jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012_27nov_maladieschroniques_vemond.pdf](http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012_27nov_maladieschroniques_vemond.pdf), (dernière consultation le 26 août 2014).

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 243 p.

FOURNIER, L., et collègues (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*, Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 78 p.

GRANT, B.F., et collègues (2004). “Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 7, p. 948-958.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2016). *Troubles de la personnalité*, <http://www.institutsmq.qc.ca/maladies-mentales/troubles-de-la-personnalite/> (dernière consultation le 09 novembre 2016).

ISRAËL, M., J.-A. LUYET et E. VILLENEUVE (2015). *Mémoire des chefs des départements de psychiatrie des instituts universitaires en santé mentale du Québec portant sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 22 p.

LESAGE, A., et V. ÉMOND (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Institut national de santé publique du Québec, 16 p.

LESAGE, A., et collègues (2012). « Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide », *Santé mentale au Québec*, 37, 2, p. 239-255.

MCGIRR, A., et collègues (2007). "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder : a Case-control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression", *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 5, p.721-729.

NEWTON-HOWES, G., et collègues (2010). "The Prevalence of Personality Disorder, its Comorbidity with Mental State Disorders, and its Clinical Significance in Community Mental Health Teams", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 4, p. 453-460.

OUADAHI, Y., et collègues (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives », *Santé mentale au Québec*, 34, 1, p. 161-172.

PARIS, J. (1994). « Le suicide chez les patients présentant un trouble de la personnalité limite », *Santé mentale au Québec*, 19, 2, p. 117-129.

RENAUD, S. (2013). « Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de personnalité limite », *Santé mentale au Québec*, 28, 1, p.73-94.

ROCHETTE, L., et A. LESAGE (2014). « Prévalence des troubles mentaux pour la population d'un an et plus (SISMACQ) », *Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique*, Institut national de santé publique du Québec, 4 p.

ST-LAURENT, D., et collègues (2013). « Le modèle québécois de surveillance des maladies chroniques basé sur l'utilisation des données médico-administratives jumelées », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, p. 4-8.

TORGERSEN, S., KRINGLEN E et CRAMER V. (2011) "The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample", *Archives of General Psychiatry*, 58, 6, p. 590-506.

TREMBLAY, F., et R. LAPIERRE (2014). *Santé mentale et adaptation sociale chez les jeunes des écoles secondaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 9 p.

VILLENEUVE, É., et S. LEMELIN (2009). « La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité », *Santé mentale au Québec*, 34, 1, p. 199-205.

WONG, S.T., et collègues (2014). "The Diagnosis of Depression and its Treatment in Canadian Primary Care Practices : an Epidemiological Study", *Canadian Medical Association Journal*, 2, 4, p. E337-E342.

ZANARINI, M.C., et collègues (2004). “Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 Years”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1, p. 28-36.

ZIMMERMAN, M., L. ROTHSCHILD et I. CHELMINSKI (2005). “The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients”, *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 1911-1918.

