

La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité

Évens Villeneuve et Sophie Lemelin

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029768ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029768ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Villeneuve, É. & Lemelin, S. (2009). La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 199–205. <https://doi.org/10.7202/029768ar>



La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité

Évens Villeneuve*

Sophie Lemelin**

Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,
Et les mots pour le dire arrivent aisément.

Boileau, 1674

La prévalence des troubles de personnalité dans la population générale est estimée entre 9 % et 14,5 % (Torgersen et al., 2001). Cependant, ce ne sont pas toutes ces personnes qui vont ou qui sont dirigées vers des dispositifs de soins. Nous estimons qu'une portion significative de ces personnes requiert des soins, mais pas nécessairement ceux dispensés dans les lieux traditionnels tels les services d'urgence, les unités d'hospitalisation ou les cliniques externes. Compte tenu des comportements perturbateurs, agressifs ou violents, certaines de ces personnes se retrouvent en détention, en probation, sous tutelle ou curatelle publique, dans des ressources de transition ou d'hébergement à vocation autant physique que psychologique, en démêlés avec la justice ou avec des employeurs ou devant des instances de protection de leurs proches contre leurs comportements. De plus, la vaste majorité de ces personnes bénéficie d'une attention de soutien ou de traitement de la part des intervenants de la première ligne des Centres des services sociaux et de santé (CSSS), des divers organismes communautaires, des cliniques médicales, des bureaux de psychologue, pour des soins en lien avec des aspects physiques, psychologiques, sociaux ou de réadaptation.

Il existe un consensus sur les difficultés que présentent ces personnes (Comtois et al., 2001) dans les divers aspects du traitement. Leur pauvre motivation au changement et leur faible persévérance en traitement, leur grande labilité émotionnelle, leur dangerosité envers elles-mêmes et autrui, leur propension au sabotage, leur culture de l'échec (Bender et al., 2001) et l'impact de leur trouble chez les professionnels,

* M.D., Psychiatre, Centre de traitement Le Faubourg St-Jean, Professeur agrégé, Université Laval.

** Ph.D., Psychologue, Centre de traitement Le Faubourg St-Jean.

constituent autant de défis. La motivation à s'impliquer dans une démarche thérapeutique est générée essentiellement par la souffrance ou la douleur morale importante ; cependant, cela semble être insuffisant pour assurer une collaboration ou un maintien en traitement. La motivation peut être extrinsèque, telle la pression d'un conjoint, une menace de perdre la garde des enfants ou son emploi, des conditions de libération lors de détention ou d'autres en lien avec des gains secondaires. Le taux d'abandon, de non adhésion, de mauvaise utilisation ou de perversion des soins est élevé (Clarkin et al., 2007).

Un autre élément souvent négligé est la nature égocentrique des traits de personnalité. Ils ne sont pas reconnus par les personnes atteintes, comme des aspects qui doivent être modifiés. Cela est restrictivement interprété comme : « je suis comme ça, c'est tout ». Ces personnes réclament cependant haut et fort de l'aide pour se débarrasser de l'impact de ces traits qui génèrent des difficultés et de la souffrance, mais elles se montrent fort résistantes à modifier ces mêmes traits qui les définissent. Des convictions issues de ces traits peuvent se traduire par diverses croyances : une colère « justifiée » contre leurs parents, la malveillance de la société, certaines victimes n'ont que ce qu'elles méritent, l'autre ne cherche qu'à l'humilier, être sans valeur, « de toute façon, on finira par me rejeter ». De surcroît, ces troubles de personnalité ont des répercussions sur l'entourage des personnes avec un trouble de personnalité.

La perception qu'elles ont d'elles-mêmes retrouve son équilibre dans la perception qu'elles ont des autres, c'est-à-dire dans le transfert. L'intensité négative de leurs émotions se mire dans l'intensité malveillante perçue des autres et interprétée comme du rejet, du mépris, de l'humiliation, du contrôle, de l'arrogance. L'intensité appelant l'intensité, les intervenants ressentent, dans un contre-transfert, et malheureusement intègrent cette intensité, l'abhorrent et s'en défendent. Une gamme intense d'émotions est vécue par ces intervenants : impuissance, rage, rejet, peur, angoisse, haine, vengeance. Tout cela s'exprime souvent dans un environnement non sécuritaire où la vie et l'intégrité de la personne et des autres peuvent être en danger.

Il est donc compréhensible que les professionnels de disciplines variées éprouvent des réticences à composer avec ces personnes, et davantage encore, si ceux-ci sont étrangers au domaine de la santé mentale : policiers, juges, administrateurs d'établissement, etc.

Bref, des patients difficiles, dans des contextes difficiles, voulant cesser de souffrir mais résistant à changer qui déclenchent chez les

soignants peu préparés et peu outillés des réactions intenses et intolérables. Devant l'ampleur des difficultés et l'abondance des lieux d'expression des comportements perturbateurs, il est clair que le traitement de ces personnes ne peut se faire de manière isolée.

Les données probantes du traitement des troubles de personnalité limite

Dans ses lignes directrices sur le traitement du trouble de personnalité limite, l'Association psychiatrique américaine (APA, 2001, 2004) soutient que la psychothérapie constitue le traitement de choix. Deux approches majeures de psychothérapie du TPL ont démontré leur efficacité; il s'agit de la Thérapie dialectique comportementale de Linehan (1991) et de la Thérapie focalisée sur le transfert de Kernberg (Clarkin et al., 2007). Ces deux approches ont fait l'objet d'études randomisées et ont démontré une bonne rétention en traitement, une réduction de l'automutilation et des conduites suicidaires ainsi qu'une diminution des hospitalisations. Giesen-Bloo et al. (2006) ont comparé l'efficacité de la psychothérapie focalisée sur le transfert et la thérapie centrée sur les schémas de Young chez des patients présentant un trouble de personnalité limite. Ces auteurs mettent en évidence des gains significatifs pour toutes les approches utilisées avec un certain avantage à la thérapie centrée sur les schémas. Bateman et Fonagy (2001) soulignent l'importance de facteurs non spécifiques dans le traitement du TPL: être bien structuré, viser l'observance au traitement, garder un objectif clair, être hautement cohérent sur le plan théorique, favoriser une relation d'attachement authentique, être actif dans la relation, avoir des visées sur une longue période de soin, agir de concert avec les autres services de soin.

C'est donc autour de ces données probantes que nous avons construit l'offre de service du Faubourg St-Jean.

Les services de traitement du Faubourg St-Jean

Le Centre de traitement Le Faubourg St-Jean est le chef-lieu du Programme-clientèle des troubles sévères de personnalité du Centre Hospitalier Robert-Giffard — Institut en Santé Mentale. Le Faubourg St-Jean offre une panoplie de services en lien avec le traitement des troubles sévères de personnalité: programme de psychothérapie (individuelle et de groupe) pour les cas les plus sévères, service d'évaluation et de consultation, suivi psychiatrique, service d'hôpital de jour, groupes d'information aux familles, soutien à l'hébergement, recherche clinique, enseignement, formation et supervision au réseau.

L'approche préconisée consiste principalement en une intégration de la thérapie dialectique comportementale de Linehan (1993), la psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg (Clarkin et al., 1999) et la thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy (Bateman et Fonagy, 2001).

Une part importante du traitement repose sur la psychoéducation et ce, peu importe la modalité de traitement. Le Faubourg St-Jean offre notamment un programme de psychothérapie de trois ans où les premiers six mois sont consacrés à un programme complet de psychoéducation qui vise la reconnaissance et l'autogestion du trouble de personnalité limite. Un suivi individuel en parallèle permet de s'assurer que le matériel enseigné est bien intégré.

Les groupes d'information aux familles sont également de nature psycho-éducative. En plus d'améliorer la compréhension des principales caractéristiques et enjeux des troubles de personnalité, on y travaille aussi les dynamiques structurantes du système familial.

Cette même approche de psychoéducation a aussi chapeauté nos formations auprès des intervenants du réseau.

La formation des intervenants du réseau

Conformément aux lignes directrices de l'APA sur l'importance d'agir de concert avec les autres services de soin, nous avons élaboré depuis dix ans, une programmation régionale pour le traitement des troubles de personnalité. Cette programmation a été dictée par la nécessité d'un travail en réseau qui impliquait les acteurs des soins et services physiques, psychologiques et sociaux. Nous avons visé l'efficacité des traitements, l'accessibilité accrue à des soins et la diminution du recours à l'hospitalisation.

Cette programmation se réfère constamment à quelques principes de base : d'abord la continuité des soins encadrant la prestation des services, soit *le bon service, à la bonne personne et au bon endroit* ; une adéquation entre les besoins et l'offre de ces soins ; la cohérence et la qualité de toutes les lignes de soins, finalement et prioritairement, le principe de collaboration entre les intervenants de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Un ingrédient essentiel a été le transfert des connaissances aux partenaires par les professionnels du Faubourg St-Jean. Cependant, la nécessité du maintien de ces connaissances, qui fait souvent défaut et annihile les efforts initiaux, a été dès le départ mis au rang des priorités. L'accent de la psychoéducation auprès des professionnels du réseau a été mis sur les concepts clés dans le traitement de ces personnes :

l'élaboration et le maintien d'un cadre de traitement, la gestion de la dangerosité, la compréhension du clivage et de l'identification projective, l'adoption d'attitudes favorisant le développement de ces personnes notamment la responsabilisation.

Après essais et erreurs, la formule gagnante de formation s'est traduite par des ateliers de quinze heures qui regroupent des intervenants d'équipe complète de diverses organisations de première ligne. Les connaissances acquises ont été mesurées immédiatement après la formation et six mois plus tard, afin de s'assurer de leur pertinence. Après dix ans, plus d'un millier de ces intervenants ont ainsi été formés. Pour s'assurer du maintien de ces connaissances, compte tenu du taux élevé de renouvellement du personnel, nous avons, dès le départ, instauré des modalités de supervision des équipes qui ont acquis ces connaissances. Nous avons opté pour un système pyramidal de supervision étalé sur deux années. Un petit groupe, constitué de quelques professionnels par organisation ayant des aptitudes dans la transmission des connaissances, se rencontrait avec deux superviseurs du Faubourg St-Jean quelques heures par mois. Au terme de ces séances, les apprentissages étaient retransmis aux équipes d'origine par ces professionnels pivots.

D'autres intervenants de divers horizons mais interpellés par ces problèmes ont ensuite reçu cette formation, notamment ceux des milieux de la justice, des institutions d'enseignement, d'hébergement temporaire et de longue durée, des organismes communautaires de toute vocation, des hôpitaux, des urgences, des services militaires.

L'impact de la formation sur le réseau de traitement

Après dix années de ce régime de formation et de collaboration, l'analyse démontre un changement profond et durable dans le domaine du traitement et de la prise en charge de ces patients difficiles dans la région de Québec. Les personnes atteintes ont accès à des modalités de traitement à huit points de service des CSSS, et les connaissances acquises se sont généralisées à d'autres services de ces centres qui peuvent intervenir auprès de cette clientèle: maintien à domicile, services courants, enfance-jeunesse. Un cadre d'intervention propre à ces organisations a aussi été élaboré et mis en commun.

La planète *trouble de personnalité* dans la région de Québec a subi une profonde transformation qui se traduit par divers indicateurs révélateurs. Les CSSS offrent des services de qualité s'estimant plus compétents dans la gestion de problèmes complexes tel le risque suicidaire, le sabotage ou la tendance à la régression. Les services s'adressent

à des personnes avec des troubles dits légers à modérés, et davantage de diagnostics de trouble de personnalité limite. L'une de ces équipes récemment visitée parle dorénavant de *défis à relever* plutôt que de *problèmes trop difficiles*.

Notre objectif visait également à rendre les organisations autonomes dans la formation et le soutien des professionnels qui y travaillent. Cet objectif a été atteint dans certains milieux par la création de poste de personne responsable de la formation et de la supervision.

La clientèle du Faubourg St-Jean, centre de 3^e ligne, a également changé. Alors qu'il y a dix ans, la clientèle se composait surtout de femmes entre 25 et 40 ans avec un diagnostic de trouble de personnalité limite, le Faubourg St-Jean compte maintenant plus d'hommes qu'auparavant, les patients sont plus jeunes et les troubles plus sévères, des diagnostics de troubles narcissiques, narcissiques malins, troubles limites compliqués de comorbidité, et troubles schizotypiques.

Au volet de l'hospitalisation, nous sommes passés d'une occupation stable de lits, bon an mal an, de 33 lits, à une occupation toujours aussi stable de sept à neuf lits. La durée moyenne de séjour qui était de plus de 40 jours est maintenant de huit jours. Du côté des services d'urgence, l'organisation en réseau a diminué la pression de sorte qu'il y a rarement des patients en attente d'un lit d'hospitalisation.

Conclusion

Devant l'ampleur des difficultés et l'abondance des lieux d'expression des comportements perturbateurs des TPL et autres troubles sévères de personnalité, il est clair qu'un seul lieu, si spécialisé soit-il, ne peut répondre aux besoins. Les professionnels de la santé ne peuvent pas non plus dispenser des soins en étant isolés les uns des autres. Les mesures alternatives doivent s'inscrire dans l'utilisation intégrée de l'ensemble du dispositif de soins que sont les unités d'hospitalisation, les hôpitaux de jour, les centres de traitement et autres lieux de soins, par l'application d'approches de psychoéducation, de traitement de la crise et d'autres stratégies qui ciblent les caractéristiques du TPL. Les buts visés doivent être l'efficacité des traitements et l'accessibilité accrue à des soins.

Dans la maturation de ce modèle, le défi sera d'impliquer les familles qui constituent les grands oubliés des traitements des TPL mais qui sont les premiers à en subir les dommages collatéraux.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004, *Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*, American Psychiatric Association, Washington.
- BATEMAN, A., FONAGY, P., 1999, Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 156, 10, 1563-1569.
- BATEMAN, A., FONAGY, P., 2001, Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up, *American Journal of Psychiatry*, 158, 1, 36-42
- BENDER, D. S., DOLAN, R. T., SKODOL, A.E., SANISLOW, C. A., DYCK, I. R., MCGLASHAN, T. H., SHEA, M. T., ZANARINI, M. C., OLDHAM, J. M., GUNDERSON, J. G., 2001, Treatment utilization by patients with personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 158, 2, 295-302.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2007, Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study, *American Journal of Psychiatry*, 164, 6, 922-928.
- 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, 8, 1149-1154.
- GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., SPINHOVEN, P., VAN TILBURG, W., DIRKSEN, C., VAN ASSELT, T., KREMERS, I., NADORT, M., ARNTZ, A., 2006, Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 63, 6, 649-658.
- GUNDERSON, G. J., 2001, *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Publishing, Washington.
- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D., HEARD, H. L., 1991, Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 12, 1060-1064.
- LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K., LINDENBOIM, N., 2006, Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder, *Archives of General Psychiatry*, 63, 7, 757-766.
- TORGENSEN, S., KRINGLEN, E., CRAMER, V., 2001, The prevalence of personality disorders in a community setting, *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.