Trouble de la personnalité limite

GUIDE DE SOINS

à l'intention des cliniciens et cliniciennes œuvrant en soins de première ligne

Dre Danièle Houde, résidente en psychiatrie
Dr Simon Poirier, psychiatre

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Trouble de la personnalité limite
Guide de soins à l'intention des cliniciens et cliniciennes œuvrant en soins de première ligne

Auteurs

Dre Danièle Houde, résidente en psychiatrie

Dr Simon Poirier, psychiatre

Mise en page

Dr Simon Poirier, psychiatre

Comité de relecture

Dr Normand Béland, médecin de famille

Dr Lionel Cailhol, psychiatre

Dre Joanie Goudreau-Michel, médecin de famille

Isabelle Leblanc

Dre Estelle Ouellet, psychiatre

Dre Mélanie Truong, médecin de famille

Nous autorisons l'impression de ce document à des fins personnelles.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Note : La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes et les personnes qui s'identifient autrement. Elle vise simplement à alléger le texte.

Table des matières

INTRODUCTION 7

Survol : La pertinence clinique d'un guide pratique 7

Survol : Les conséquences du TPL sur les usagers 7

Survol : Les défis cliniques du TPL 8

DÉPISTER 9

Dépister : Les indices cliniques à considérer 9

Dépister : Chez les moins de 18 ans 9

Dépister : Chez les personnes âgées 9

Dépister : *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* 11

DIAGNOSTIQUER 12

Diagnostiquer : Une approche collaborative 12

Diagnostiquer : Au-delà des critères… 14

DIVULGUER 15

Divulguer : La position de base 15

INTERVENIR 16

Intervenir : Établir une alliance thérapeutique 16

Intervenir : Faire de l'éducation psychologique 18

Intervenir : Fixer un cadre prévisible de suivi 21

Intervenir : Fixer un cadre aux rencontres 22

Intervenir : Viser des objectifs pragmatiques 23

Intervenir : La gestion de la médication 25

Intervenir : La gestion de la suicidalité 27

Intervenir : La gestion des arrêts de travail 29

Intervenir : Quand référer aux services spécifiques ou spécialisés ? 31

ANNEXES 34

Annexe : Mon plan de crise 34

Annexe : Analyse des comportements dommageables 36

Annexe : Fiches psychoéducatives sur le trouble de la personnalité limite 39

Annexe : Ressources 68

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTRODUCTION

Ce guide pratique se veut un recueil succinct des informations incontournables pour favoriser des soins de qualité dans un contexte clinique de première ligne auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité limite (TPL).

En outre, vous trouverez en annexe des fiches pouvant être imprimées individuellement pour être remises aux usagers ainsi que des outils pouvant être utilisés dans votre pratique.

Survol : La pertinence clinique d'un guide pratique

- La **prévalence du TPL est élevée** (entre 1-3 % de la population générale).
- La clientèle avec un TPL constitue **environ 6 % de toute la clientèle en première ligne de soins.**
- Les personnes avec un TPL **consulteraient jusqu'à 4 fois plus que la population générale** et représenteraient jusqu'à 19 % des usagers qui consultent pour une dépression.
- Les cliniciens travaillant en première ligne verront **une (1) personne avec un TPL à toutes les 16 visites dans leur pratique quotidienne.**
- Les personnes avec un TPL sont **plus à risque d'avoir des complications médicales** découlant d'une tentative de suicide, de gestes d'automutilation ou encore de **souffrir de plusieurs conditions médicales chroniques et invalidantes.**
- Adresser et traiter le TPL chez les usagers **permet généralement d'améliorer l'évolution des autres conditions médicales associées.**

Survol : Les conséquences du TPL sur les usagers

- La présence d'un TPL **augmente le risque de décès par suicide** de 10 fois (hommes) à 21 fois (femmes) par rapport à la population générale.
- La présence d'un TPL **diminue l'espérance de vie** de 13 ans (hommes) et 9 ans (femmes) par rapport à la population générale.
- La première cause de décès chez les usagers avec un TPL est le **suicide.**
- Les personnes présentant un TPL ont **plus de risques de développer des conditions médicales chroniques** *(ex: HTA, diabète mellitus, maladies arthritiques, maladies cardio-vasculaires, migraines, obésité, fibromyalgie,...).*
- Elles ont **plus de risques de vivre en situation de précarité socioéconomique.**
- Elles sont **plus à risques de stigmatisation** dans la prestation des soins *(prise en charge incomplète, diagnostic erroné, prescription de polypharmacie sans suivi médical, banalisation du risque suicidaire,...).*

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Survol : Les défis cliniques du TPL

- Les cliniciens ont souvent **davantage de difficulté à saisir la plainte médicale principale** en raison des réactions et des comportements des usagers.
- **L'adhésion aux recommandations médicales est plus difficile** et les usagers avec un TPL ont tendance à se tourner vers des solutions rapides pour soulager leur détresse.
- Le **manque de ressource et d'accès en psychothérapie** mènent souvent à un **surinvestissement des approches pharmacologiques,** qui s'avèrent souvent moins efficaces pour cette clientèle.
- La détresse et la recherche de soulagement rapide de ces personnes peuvent faire vivre des **émotions diverses aux cliniciens** *(impuissance, colère, etc.)* et **mener à des conduites de désinvestissement ou de surinvestissement de la relation thérapeutique.**

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

DÉPISTER

Le dépistage du TPL en clinique de première ligne est **crucial** pour **intervenir précocement** dans l'évolution du trouble, **réduire les impacts fonctionnels** du trouble **ainsi que les comportements dommageables,** permettre une déstigmatisation du trouble et pour **orienter les usagers vers des interventions appropriées.**

Dépister : Les indices cliniques à considérer

- ☐ Des i**dées ou des gestes suicidaires chroniques** ou **récurrents**
- ☐ Des **comportements dommageables en contextes émotifs** *(par exemple des conduites automutilatoires, des abus de substances, des crises de colère, des comportements impulsifs, etc.)*
- ☐ Une **instabilité émotionnelle marquée**
- ☐ Une **instabilité sur le plan du fonctionnement** *(par exemple des abandons fréquents de programmes scolaires ou d'emploi, des arrêts de travail répétés en raison de conflits interpersonnels avec des retours à l'emploi difficiles, des relations émotives et instables récurrentes)*

Dépister : Chez les moins de 18 ans

- Oui, **il est possible de diagnostiquer un trouble de la personnalité limite (TPL) avant l'âge de 18 ans.** Bien que la réticence ait longtemps été présente en raison de la croyance que ces caractéristiques reflètent les processus normaux de l'adolescence, les recherches ont montré que **le TPL est une entité diagnostique fiable et valide chez les jeunes.** Il existe un consensus croissant selon lequel les jeunes peuvent présenter des signes de TPL qui sont semblables à ceux observés chez les adultes, tant en termes de structure que de symptômes.
- Certains professionnels peuvent hésiter à poser ce diagnostic par crainte de la stigmatisation, mais l'absence de diagnostic peut entraîner des conséquences à long terme, telles qu'une détérioration fonctionnelle accrue et retarder l'accès à des services spécifiques ou spécialisés pour les troubles de la personnalité.

Dépister : Chez les personnes âgées

- Les manifestations du trouble de la personnalité limite (TPL) évoluent avec l'âge, en particulier chez les personnes âgées. Selon plusieurs études, certains symptômes tendent à s'atténuer avec le temps, tandis que d'autres persistent ou deviennent plus saillants.
- Les symptômes qui **s'atténuent** avec l'âge :
  - **L'impulsivité,** y compris les comportements autodestructeurs comme les tentatives de suicide et l'automutilation, diminue avec l'âge.
  - **L'instabilité de l'identité** devient moins prononcée à mesure que les individus vieillissent. L'absence d'un sens stable de soi, caractéristique du TPL chez les jeunes adultes, s'atténue avec l'âge, probablement en raison des expériences de vie accumulées.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

- Les symptômes qui **persistent :**
  - **La dysrégulation émotionnelle,** notamment la tendance à des émotions intenses et fluctuantes, reste un problème central chez les personnes âgées atteintes de TPL.
  - **Les relations interpersonnelles instables** continuent de poser problème, avec des cycles d'idéalisation et de dévalorisation des proches ou des soignants.
  - **La peur de l'abandon** et la dépendance émotionnelle persistent et peuvent même s'aggraver dans le contexte du vieillissement, où les pertes sociales et le deuil sont plus fréquents.
  - **La somatisation,** ou la tendance à exprimer la détresse émotionnelle par des plaintes physiques, est courante chez les usagers âgés atteints de TPL, souvent accompagnée de demandes médicales excessives.
- Les symptômes qui peuvent **émerger ou s'intensifier :**
  - **La dépressivité,** qu'elle prenne la forme de dépression majeure ou de dysthymie, a tendance à devenir plus proéminente avec l'âge chez les personnes atteintes de TPL.
  - **Les comportements d'automutilation** peuvent persister, mais ils tendent à prendre des formes moins visibles, comme la négligence de la santé ou le refus de soins médicaux.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Dépister : *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*

Dans la dernière année :	**Oui** (+1)	**Non** (0)
Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes ou de ruptures à répétition ?	☐	☐
Vous vous êtes délibérément blessé(e) physiquement ? par exemple : Vous êtes-vous cogné(e), coupé(e) ou brulé(e) vous-mêmes ? Ou avez-vous fait une tentative de suicide ?	☐	☐
Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ? par exemple : crises de boulimie, dépenses excessives, excès d'alcool et / ou explosions verbales ?	☐	☐
Vous êtes-vous senti(e) d'humeur extrêmement changeante ?	☐	☐
Vous êtes-vous senti(e) très souvent en colère ? Et avez-vous souvent agi de façon coléreuse, sarcastique ou moqueuse ?	☐	☐
Avez-vous souvent été méfiant(e) vis-à-vis des autres ?	☐	☐
Vous êtes-vous souvent senti(e) irréel(le) ou comme si les choses autour de vous n'étaient pas réelles ?	☐	☐
Vous êtes-vous senti(e) vide de façon chronique ?	☐	☐
Vous êtes-vous souvent senti(e) comme si vous n'aviez aucune idée de qui vous êtes ou comme si vous n'aviez pas d'identité propre ?	☐	☐
Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir abandonné(e) ou d'être abandonné(e) ? par exemple : avez-vous appelé plusieurs fois quelqu'un pour vous rassurer au sujet de l'attention qu'il/qu'elle vous portait, avez-vous supplié quelqu'un de ne pas vous quitter, vous êtes-vous accroché(e) physiquement à quelqu'un ?	☐	☐
un **total ≥ 7** est évocateur d'un diagnostic de TPL	☐	

Mirkovic, B., Speranza, M., Cailhol, L., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Corcos, M., ... & Pham-Scottez, A. (2020). Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. BMC psychiatry, 20, 1-7.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

DIAGNOSTIQUER

Le diagnostic peut être posé **si les critères sont présents de façon chronique,** donc **au-delà d'un seul épisode de crise.** Une bonne histoire psychiatrique permet habituellement d'avoir une image assez claire du diagnostic.

Diagnostiquer : Une approche collaborative

Prenez le temps de **réviser les critères de façon collaborative** et de **les associer à des éléments concrets dans le fonctionnement** de la personne.

INSTABILITÉ ÉMOTIONNELLE / AFFECTIVE

Avez-vous de nombreux changements soudains d'humeur ?

1. **Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur**
   (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

Avez-vous souvent des crises de colère ou vous mettez-vous tellement en colère que vous perdez le contrôle de vous-même ?

Frappez-vous les gens ou jetez-vous des objets lorsque vous vous mettez en colère ?

Est-ce que même de petites choses peuvent vous mettre très en colère ?

2. **Colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère**
   (par exemple : fréquentes manifestations de mauvaises humeurs, colère constante ou bagarres répétées)

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

INSTABILITÉ INTERPERSONNELLE

Vous êtes-vous souvent emporté(e) de manière frénétique lorsque vous pensiez qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter ? Avez-vous menacé ou supplié cette personne ?

3. **Efforts effrénés ou prodigieux pour éviter les abandons réels ou imaginés**

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

Est-ce que vos relations avec les personnes que vous appréciez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas extrêmes ?

4. **Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation**

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INSTABILITÉ COMPORTEMENTALE

Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?

5. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour lui- même
(par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ?
Vous êtes-vous déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e) ou écorché(e) ?

6. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

INSTABILITÉ IDENTITAIRE

Avez-vous brusquement changé votre perception de vous-même et ce que vous comptiez accomplir dans votre vie ?
Est-ce que l'image que vous avez de vous-même change souvent dramatiquement ?
Êtes-vous si différent en fonction des personnes ou des situations que vous ne savez parfois plus qui vous êtes réellement ?
Y a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses et autres ?

7. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

Vous sentez-vous souvent vide de l'intérieur ?

8. Sentiment chronique de vide

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

INSTABILITÉ DES PERCEPTIONS

En situation de stress, devenez-vous soupçonneux(se) à l'égard des autres ou vous sentez-vous particulièrement déconnectée de la réalité ?

9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

◯ **OUI** ◯ **NON** ◯ **PEUT-ÊTRE**

Est-ce qu'il y a présence de **5 critères ou plus sur les 9 critères** ci-dessus ?

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Diagnostiquer : Au-delà des critères…

Prenez le temps de vous assurer que les critères suivants sont également remplis avant de poser le diagnostic :

Est-ce qu'il y a présence d'une **souffrance cliniquement significative** *(p. ex. une dysphorie, une suicidalité récurrente, des symptômes anxiodépressifs, un « mal de vivre », etc.)* **ou** d'une **altération du fonctionnement** social *(p. ex. isolement, méfiance relationnelle, instabilité relationnelle, etc.)*, professionnel *(p. ex. conflits au travail, instabilité de l'emploi, arrêts de travail répétés, etc.)* ou dans d'autres domaines importants ?

S'agit-il d'un **mode durable et prolongé** dont les **premières manifestations** sont décelables au plus tard **à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ?**

Le tableau **n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental**

S'agit-il d'un mode durable de fonctionnement qui **n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance** *(p. ex. drogue donnant lieu à abus)* **ou à une autre affection médicale** *(p. ex. traumatisme crânien)* ?

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

DIVULGUER

La **divulgation du diagnostic est essentielle** pour que la personne puisse débuter une réflexion sur ses difficultés. Malgré tout, **la façon de divulguer le diagnostic peut avoir un grand impact sur la façon dont la personne s'y reconnaît, se l'approprie et l'utilise pour son rétablissement subséquent.**

Divulguer : La position de base

Voici certains guides pour favoriser une divulgation positive du diagnostic :

1

Prenez une position d'humilité

« les diagnostics en santé mentale sont souvent plus complexes à poser qu'en santé physique, nous n'avons pas de test de détection précis… Malgré tout, prenons le temps de regarder ensemble les critères pour voir si vous vous y reconnaissez… », etc.

2

Favorisez une collaboration dans la démarche diagnostique

« nous en parlons ensemble aujourd'hui, mais prenez le temps de regarder tout cela à tête reposée et de vous faire une idée au cours des prochains jours », etc.

3

Expliquez, normalisez et déstigmatisez

« tout le monde a une personnalité, c'est n'est pas une maladie en soi d'avoir une personnalité »

« on parle d'un trouble de la personnalité quand certains de nos traits de personnalité nous causent des difficultés de façon répétée dans notre vie… »

« vous n'êtes pas seul, c'est un trouble fréquent et il existe de l'aide… », etc.

4

Remettez en contexte les critères diagnostiques

« les critères tentent de mettre en mots les difficultés, il est certain que cela peut donner l'impression de pointer des défauts… Les critères ne disent pas tout de vous : les aspects positifs de votre personnalité, vos qualités, vos forces, ne sont pas représentés dans les critères… Ça ne veut pas dire que ces forces n'existent pas… », etc.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

01

Établir une bonne alliance thérapeutique est essentiel pour la réussite du traitement. Cela peut être complexe en raison des caractéristiques spécifiques du TPL, telles que la peur de l'abandon, l'instabilité émotionnelle et la méfiance relationnelle. Voici des stratégies concrètes pour créer une alliance thérapeutique solide.

Intervenir : Établir une alliance thérapeutique

Démontrer une écoute empathique et valider les émotions

Les usagers vivant avec un TPL présentent une hypersensibilité relationnelle. Il est crucial pour l'intervenant d'écouter activement et de valider les émotions.

- *Reconnaître et valider l'intensité des émotions de l'usager, sans minimiser ni juger.*
- *Valider que ces émotions sont réelles, même si elles peuvent sembler disproportionnées à un observateur externe.*

Se montrer explicite quant à nos limites professionnelles

Les usagers avec un TPL peuvent réagir de façon émotive face à l'incertitude ou lors de changement inattendu. Il est important d'être transparent et de maintenir des limites claires et constantes.

- *Discuter dès le départ des attentes, de la fréquence des séances, de la manière de gérer les urgences et de ce que l'usager peut attendre de l'intervenant.*

Éviter d'être en réaction émotive : maintenez une posture prévisible et réflexive

Les émotions sont souvent contagieuses mais il est important de rester calme et d'éviter de se laisser entraîner dans des dynamiques conflictuelles ou émotionnelles.

- *Ne pas réagir de manière défensive ou punitive face aux récriminations ou aux demandes de l'usager.*
- *Maintenir une attitude bienveillante et stable, même face à des comportements difficiles (p. ex. « Je comprends que cela ait pu vous atteindre, parlons-en pour mieux comprendre ce qui vous a dérangé. »)*

Valider l'autonomie et les efforts déployés

Il est important de soutenir l'autonomie de l'usager tout en le guidant vers des comportements constructifs. Cela aide à renforcer l'estime de soi et à réduire la dépendance émotionnelle.

- *Encourager les initiatives de l'usager et reconnaître ses efforts, même petits, vers l'autonomie ou le changement.*
- *Valoriser ses compétences et ses forces plutôt que de se concentrer uniquement sur les difficultés. (p. ex. « Vous avez montré beaucoup de courage en venant à notre rendez-vous malgré vos difficultés » ou « Vous avez bien réagi dans cette situation, c'est un progrès important. »)*

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Instaurer une relation de collaboration

L'usager doit sentir qu'il est un partenaire actif dans le processus thérapeutique. La collaboration permet d'éviter la dynamique de pouvoir qui peut être perçue comme menaçante.

- *Impliquer l'usager dans la définition des objectifs du suivi.*
- *Demander son avis sur les interventions proposées et ajuster le plan de traitement en fonction de ses besoins et de ses préférences. (p. ex. « Qu'est-ce que vous aimeriez que nous travaillions ensemble aujourd'hui ? » ou « Pensez-vous que cette approche pourrait vous aider ? »)*

Rester attentif à la peur du rejet / de l'abandon

La peur de l'abandon est un symptôme central du TPL. Le thérapeute doit être attentif à la manière dont cette peur peut influencer la relation thérapeutique.

- *Être ponctuel, fiable, et cohérent dans les séances. Si vous devez annuler ou reprogrammer une séance, expliquer clairement les raisons et s'assurer de proposer une nouvelle date.*
- *Si l'usager a des attentes irréalistes (comme vouloir un contact constant en dehors des séances), réajuster ces attentes tout en validant son besoin de sécurité.*

Tenter de faire des liens entre les émotions et des événements de la vie courante

L'intervenant peut soutenir la réflexivité quant aux déclencheurs des émotions ressenties, pour favoriser des liens entre les états d'esprit (p.ex les émotions, les pensées, etc.) et les événements de la vie courante. Ainsi, il est possible de soutenir une compréhension réflexive des émotions, plutôt que de les attribuer directement à des symptômes (p. ex. de l'anxiété, de la dépression, etc.) à traiter par l'approche pharmacologique.

- *Par exemple, encourager des réflexions comme « Pourquoi pensez-vous que cette remarque vous a mis en colère ? » ou « Qu'avez-vous ressenti après cet échange ? »*
- *« Vous avez des pensées suicidaires depuis 1 semaine, si on prend le temps de revenir sur les événements récents, que s'est-il passé il y a environ 1 semaine ? », « Quel est le dernier moment où vous vous sentiez bien ? », « Quand est-ce que votre humeur s'est mise à se dégrader ? ».*

Soyez proactif dans la gestion des ruptures d'alliance

Les ruptures d'alliance thérapeutique sont fréquentes, notamment lors de désaccords, de malentendus ou après des séances difficiles. Il est important pour la relation thérapeutique de travailler à réparer ces ruptures relationnelles.

- *Si une rupture d'alliance survient, la reconnaître et en parler ouvertement avec l'usager. Cela permet de renforcer l'alliance en montrant que l'intervenant est attentif à la relation et prêt à réparer les tensions. (p. ex., dire quelque chose comme « Je sens que notre dernière séance a été difficile pour vous. Parlez-moi de ce que vous avez ressenti afin que nous puissions en discuter. »)*

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

02

Il est essentiel d'expliquer à l'usager et à ses proches la nature du TPL. Le clinicien doit clarifier que ce trouble connaît souvent une bonne évolution clinique si la personne se montre proactive dans son rétablissement. Informer la personne sur les symptômes, l'évolution possible, des objectifs réalistes du traitement et sur les approches thérapeutiques existantes permet de diminuer la stigmatisation et d'augmenter l'engagement dans un rétablissement.

Intervenir : Faire de l'éducation psychologique

1

Présentation du trouble

Prenez le temps de présenter les critères et de faire le lien avec des éléments précis dans le fonctionnement personnel et relationnel de la personne.

- *Par exemple :* ***« vous êtes hypersensible aux relations et aux émotions », « les émotions intenses vous amènent dans des comportements émotifs et impulsifs, que vous regrettez ensuite… »***

2

Héritabilité / Étiologie

Discutez des facteurs qui peuvent contribuer au développement du TPL, comme les événements de vie adverses, les expériences d'invalidation, la négligence ou même l'abus (Environnement) ou la sensibilité émotionnelle et les influences biologiques (Héritabilité).

- *« le TPL n'est pas quelque chose que vous avez choisi ou que vous pouvez contrôler entièrement. Il peut être le résultat de plusieurs facteurs, comme des expériences difficiles durant l'enfance, mais aussi d'une plus grande sensibilité émotionnelle que certaines personnes possèdent dès la naissance. »*
- ***« ce n'est pas de votre faute » et… « vous êtes maintenant responsables de ce que vous allez faire avec cela… »***

3

Prévalence

Les usagers peuvent se sentir seuls ou incompris. Il est important de normaliser leur expérience en expliquant que le TPL est un trouble reconnu et qu'ils ne sont pas seuls à en souffrir.

- ***« vous n'êtes pas seul,*** c'est un trouble fréquent et connu »

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

4 Vulnérabilité

Expliquez l'impact des émotions intenses sur les pensées, les relations et les comportements

- *« quand les émotions deviennent intenses, **il est plus difficile de réfléchir. Nos pensées deviennent émotives,** souvent en «tout noir ou tout blanc» et il devient difficile de bien se comprendre ou de bien comprendre les autres. »*
- *« quand les émotions deviennent intenses, **on cherche souvent une façon de les faire disparaître.** Cela **peut nous amener à agir impulsivement,** ce qui fonctionne parfois à court terme, mais ce qui a un impact souvent négatif par la suite… »*
- *« une partie importante du traitement consistera à **apprendre des techniques pour gérer les émotions lorsqu'elles deviennent trop intenses.** Cela pourrait être des exercices de respiration, de pleine conscience ou d'autres stratégies. »*

5 Bases physiologiques

Les symptômes du TPL résultent d'une interaction complexe entre une vulnérabilité biologique (génétique, neurobiologique) et des facteurs environnementaux précoces, conduisant à une dysrégulation émotionnelle, une impulsivité et des difficultés relationnelles persistantes. Notamment des anomalies cérébrales et neurobiologiques au niveau de l'amygdale (hypersensibilité et hyperréactivité émotionnelle) et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe du stress/ cortisol) peuvent expliquer une partie de la vulnérabilité biologique.

- ***« vos difficultés sont réelles, elles ne sont pas inventées »***

6 Évolution

Insistez sur le fait que le TPL peut être traité efficacement, et qu'avec le temps, les symptômes peuvent s'atténuer. Plusieurs types de démarches ciblées sur les enjeux relationnels et de la personnalité sont bénéfiques et la majorité des gens connaîtront une amélioration de leurs difficultés relatives au trouble de la personnalité limite.

- ***« des améliorations se produisent avec le temps », « il y a de l'espoir »***
- *La majorité des gens vont perdre ce diagnostic avec le temps et le travail sur eux-mêmes*

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

7

Traitements

Encouragez à prendre soin de soi, physiquement et émotionnellement, pour réduire les déclencheurs.

Encouragez à rester actif et impliqué dans un rôle social (p. ex. études, travail, etc.). Le rétablissement fonctionnel des personnes qui ont un trouble de la personnalité limite n'est pas seulement lié à la rémission symptomatique mais aussi, en bonne partie, au fait de s'inscrire avec satisfaction dans un rôle occupationnel actif.

Soulignez l'importance de suivre un traitement et d'être engagé dans les séances de thérapie pour obtenir de bons résultats.

- ***« des traitements connus et bien étudiés peuvent aider »***
- *Le traitement principal est la psychothérapie*
- *Le rétablissement implique aussi de conserver ou de reprendre un rôle occupationnel actif (p. ex. études, travail, etc.).*

8

Impliquer les proches et/ou les parents

L'implication des proches dans le traitement du trouble de la personnalité limite est essentielle : elle favorise une meilleure compréhension du trouble, diminue la stigmatisation et renforce le soutien autour de la personne concernée. Les proches peuvent contribuer à stabiliser les relations interpersonnelles, à reconnaître les signes de détresse et à encourager l'adhésion au traitement. Leur implication peut se faire à travers des rencontres familiales encadrées par l'équipe soignante, des groupes d'éducation ou de soutien, ainsi qu'un accompagnement pour mieux comprendre leurs propres réactions émotionnelles. Cette collaboration améliore souvent le pronostic et le climat relationnel au quotidien.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

03

Le cadre est un ingrédient important dans la gestion des suivis des personnes qui présentent un TPL. Les cliniciens doivent établir des règles claires concernant la fréquence des consultations, la communication en dehors des séances et la gestion des crises. Ces limites permettent de prévenir les impacts dans le suivi que les émotions et l'impulsivité, tant de l'usager que du thérapeute, peuvent avoir.

Intervenir : Fixer un cadre prévisible de suivi

Fréquence des rencontres de suivi

Il est important de convenir d'une fréquence de rendez-vous adaptée au niveau de stabilité de l'usager. Ces consultations régulières permettent de faire un point sur l'état général, de surveiller les comportements à risque et d'ajuster les traitements si nécessaire.

- Par exemple, en contexte d'instabilité, on peut prévoir des rencontres brèves aux 2 semaines, puis les espacer aux 4 semaines lorsque la situation se stabilise, puis prévoir des rencontres plus espacées (3 à 6 mois) lorsque l'évolution est favorable.
- Les rendez-vous peuvent être plus longs (p. ex. 30 à 50 min) dans les premières rencontres (établir le diagnostic de façon collaborative, faire de la psychoéducation, établir le plan de traitement et le plan de crise) puis ensuite devenir plus ciblés (p. ex. 15 à 30 min) pour les rendez-vous subséquents. Il est préférable d'établir ces changements de façon explicite et en accord avec les usagers.
- Rendre explicite vos règles quant à un retard ou une absence à un rendez-vous. Discutez aussi, lorsque nécessaire, de votre politique en cas de comportements ou propos irrespectueux ou agressifs.

Gestion des contacts hors rendez-vous

Les usagers présentant un TPL peuvent parfois chercher à contacter leur intervenant en dehors des rendez-vous réguliers, surtout lors de situation de crise émotive. Il est essentiel de définir des règles claires par rapport à ces contacts. Le cadre doit également prévoir des modalités explicites à prioriser en cas de crise ou de besoin urgent de soutien. Cela aide à prévenir les comportements dommageables en offrant des stratégies alternatives structurées.

- Convenir des modalités de contacts hors des rendez-vous prévus pour que cela corresponde à ce que vous êtes capables d'offrir comme professionnel.
  - *p. ex. « je ne serai pas en mesure de lire les courriels que vous m'envoyez ou les documents que vous laissez à mon attention au secrétariat. Ce n'est pas par manque d'intérêt, c'est plutôt que j'ai peu de temps disponible et que je veux vraiment donner l'attention nécessaire à ce qui est important pour vous. Je vous encourage donc, dans ces moments, à prendre un rendez-vous et nous pourrons alors en discuter en détails. »*
- Prévoir un plan de crise, à compléter par l'usager, en collaboration avec vous et ses proches.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

04

Les objectifs varieront selon les besoins et demandes de l'usager. Que ce soit pour des rencontres médicales ou pour des rencontres de suivi sur le plan de la santé mentale, le contenu des rencontres et les objectifs recherchés lors des rencontres gagnent à être clairs et explicites.

Intervenir : Fixer un cadre aux rencontres

Dans le cadre d'un suivi pour une raison médicale d'ordre physique :

- **Prioriser la raison médicale la plus urgente** après avoir obtenu l'ensemble des besoins manifestes de l'usager.
- **Rendre explicite un plan ultérieur** qui permettra de s'attarder ensuite aux autres besoins médicaux.
- **Démontrer votre disponibilité** envers l'usager pendant le rendez-vous. **Valider** les besoins et inquiétudes et **prévoir des plans d'intervention pertinents** selon les demandes des usagers.
- **Ne pas minimiser** leurs inquiétudes médicales et **ne pas rejeter d'emblée une plainte** comme étant « théâtrale » ou relevant d'une « recherche d'attention », bref ne pas laisser les préjugés embrouiller votre jugement clinique.

Dans le cas d'un **suivi pour une raison d'ordre de la santé mentale :**

- **Cibler avec la personne les éléments qui sont prioritaires à aborder,** notamment les comportements à risque (comportements dommageables) et les moments qui sont marqués par des émotions intenses.
- Tenter avec l'usager **d'identifier des liens entre les émotions ressenties et des événements spécifiques** (relations, conflits, etc.).
- **Identifier les signes avant-coureurs des escalades émotives,** avec des actions spécifiques à mettre en place si ces signes apparaissent.
- **Décourager un trop grand éparpillement** dans les consultations des différents cliniciens pour les mêmes demandes.
  - *p. ex. « Si vous consultez plusieurs personnes en même temps pour les mêmes raisons, vous recevrez plusieurs avis différents, parfois peut-être même contradictoires, et vous risquez d'être en conséquence plus confus… Je vous encourage donc à limiter l'éparpillement et à vous investir pleinement dans une seule démarche pour une durée suffisante pour en faire un essai convenable. »*
- **Communiquer avec les autres intervenants impliqués** pour établir un plan cohérent et structuré. Les rencontres peuvent se faire « en réseau », en présence de la personne en suivi pour éviter une « lourdeur » excessive à de telles démarches.
- **Favoriser des rencontres d'éducation psychologique.**

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

05

Les interventions doivent se concentrer sur des problèmes concrets et immédiats, tels que la régulation des émotions, la gestion des crises et les difficultés relationnelles. Il est recommandé d'adopter des objectifs réalistes et atteignables à court terme

Intervenir : Viser des objectifs pragmatiques

1. Identifier les comportements dommageables et identifier des stratégies alternatives de gestion émotionnelle

L'une des priorités est d'identifier les comportements dommageables, de mettre en place des stratégies alternatives lors des moments d'escalade émotionnelle ainsi qu'un plan de crise clair si les stratégies sont inefficaces sur le moment.

- *Identifier rapidement les risques de tentative de suicide, d'automutilation ou de comportements impulsifs.*
- *Mettre en place un plan de crise et des mesures de prévention des crises.*

2. Stabiliser la détresse émotionnelle aigue

Stabiliser les symptômes aigus tels que l'anxiété intense, la dépression sévère, ou la colère explosive est un objectif prioritaire.

- *Utiliser une médication temporaire pour réduire les symptômes.*
- *Prioriser une intervention de crise (p. ex. centre de crise, établir un plan de crise, etc.) avant d'envisager des interventions plus spécifiques au trouble de la personnalité limite.*

3. Mettre en place une entente sur le suivi (fréquence et contenu des rencontres)

Favoriser un cadre clair pour le suivi qui sera mis en place : discuter de la fréquence des rencontres, de la façon de prendre contact hors des rendez-vous prévus, des contacts à prioriser en situation de crise. Discuter aussi clairement de ce qui sera abordé dans le cadre des rencontres et du processus qui sera mis en place pour réévaluer l'efficacité du suivi proposé.

4. Faire une éducation psychologique sur le trouble de la personnalité limite

Fournir une éducation psychologique à l'usager sur le TPL, ses symptômes, et les options de traitement disponibles. Cela peut réduire la confusion, l'anxiété, et aider l'usager à mieux comprendre son diagnostic et les raisons du suivi.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

5. S'attarder aux comorbidités

Fréquemment, les personnes atteintes d'un TPL présentent d'autres troubles psychologiques ou médicaux, comme la dépression, l'anxiété, un trouble déficitaire de l'attention, des troubles alimentaires, etc. Il est préférable d'intervenir sur ces aspects en parallèle des interventions initiales sur le TPL. Éviter toutefois de prioriser les interventions sur les comorbidités au détriment d'interventions spécifiques au TPL.

6. Coordonner les soins et les différents intervenants au dossier

L'objectif à court terme est de s'assurer que l'usager est bien orienté vers les services appropriés et que la communication entre les différents intervenants est fluide. Les objectifs des suivis devraient être explicites, connus de tous et des moments devraient être prévus pour réévaluer l'efficacité des différents suivis en cours.

7. Encourager l'auto-soin, une saine hygiène de vie et un mode de vie actif (rôle occupationnel actif)

Un autre objectif à court terme est d'encourager l'usager à améliorer son hygiène de vie, ce qui peut avoir un impact positif sur les symptômes du TPL (sommeil, alimentation, activité physique). De même, le fait de maintenir ou de reprendre un rôle occupationnel actif (p. ex. études, travail, etc.) est un enjeu à discuter ouvertement pour favoriser une meilleure stabilité de l'état mental.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

06

La gestion appropriée de la médication auprès de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL) doit être prudente, bien encadrée et individualisée. Il est important de rester réaliste quant aux effets bénéfiques envisageables de l'approche pharmacologique et de rester à l'affût des effets indésirables. Même lorsque de la médication est prescrite, il demeure important de privilégier les interventions psychothérapeutiques comme traitement de première ligne.

Intervenir : La gestion de la médication

Approche générale quant à la pharmacothérapie du TPL

Il est recommandé de limiter autant que possible la prescription de médicaments pour les usagers ayant un TPL, et de favoriser les interventions psychosociales. La pharmacothérapie doit être utilisée avec parcimonie et principalement pour des symptômes spécifiques associés à des comorbidités, tels que l'anxiété, la dépression ou des symptômes psychotiques transitoires. Le recours à une polypharmacie doit être, autant que possible, évitée.

À noter : aucune médication n'est recommandée pour le traitement spécifique du TPL. Il peut malgré tout être raisonnable de faire des essais pharmacologiques pour favoriser une alliance thérapeutique, tout en rendant explicite les attentes réalistes quant à cette approche du traitement.

L'utilisation de la médication devrait :

1. Uniquement cibler les symptômes de **conditions médicales comorbides** au TPL.
2. Avoir des **effets indésirables minimaux.**
3. Avoir de **faibles potentiels d'abus et de dépendance.**
4. **Être relativement sécuritaire en contexte d'intoxication :** s'entendre sur l'utilisation d'un nombre limité de comprimés à la fois, selon l'évaluation du risque suicidaire.

Quelques principes pour la prescription :

1. **Explorer les attentes** de l'usager.
2. **Obtenir une entente sur les symptômes ciblés** (en définir au préalable la sévérité et les variations dans le temps).
3. **Évaluer la pertinence en collaboration** (balancer les effets bénéfiques envisageables et les effets indésirables possibles).
4. **Collaborer dans la prise de décision** de tenter un essai pharmacologique ou non.
5. **S'assurer d'un consensus** sur la médication et bien identifier le médecin prescripteur principal.
6. **Réévaluer de façon serrée les effets bénéfiques** (à court terme et à moyen terme) **et la tolérance.**
7. **Déprescrire** si les effets bénéfiques sont absents, pauvres, non soutenus dans le temps ou si l'essai d'une nouvelle molécule est considéré.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Classes de médicaments

Antidépresseurs : Les antidépresseurs sont parfois utilisés pour traiter la dépression ou les troubles anxieux comorbides. Ils sont aussi parfois utilisés pour diminuer l'instabilité affective. Cependant, leur efficacité dans le traitement du TPL reste limitée et contestée. Leur utilisation devrait être réservée aux personnes qui présentent des troubles dépressifs ou anxieux bien établis.

Antipsychotiques de seconde génération : Ces médicaments, tels que la Quetiapine ou l'Olanzapine, peuvent être utilisés à court terme et au besoin (PRN) pour traiter des symptômes perceptuels transitoires, l'agitation, l'agressivité ou la dysphorie. Lorsque utilisés, une prescription circonscrite dans le temps, par exemple pour résoudre une période de crise émotive, est privilégiée. Leur utilisation à long terme doit être réévaluée régulièrement compte tenu des effets indésirables possibles, notamment sur le plan métabolique.

Stabilisateurs de l'humeur : Certains stabilisateurs de l'humeur, comme le Topiramate et le Valproate, ainsi que les anticonvulsivants, pourraient aider à contrôler l'irritabilité, l'impulsivité et les comportements agressifs chez les usagers atteints de TPL. Néanmoins, les preuves demeurent limitées et sont principalement basées sur des études individuelles avec des résultats mitigés. Ces médicaments sont à utiliser avec précautions et modération.

Benzodiazépines : Leur utilisation est fortement déconseillée en raison du risque de dépendance et des problèmes de contrôle des impulsions qu'elles peuvent exacerber.

Polypharmacie

Il est important de noter que la polypharmacie *(l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments)* parfois sans indication claire, est courante chez les usagers atteints de TPL, en particulier lorsque des comorbidités sont présentes. Cependant, elle doit être évitée autant que possible en raison des risques accrus d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables néfastes, ainsi que le renforcement d'attentes envers une solution extérieure au détriment d'une mobilisation personnelle dans un travail sur soi. Le traitement pharmacologique doit être considéré comme un complément à la psychothérapie spécifique au TPL ou à la mobilisation active dans des changements thérapeutiques.

Rôle de l'éducation psychologique et de la gestion active

Les médecins doivent fournir une éducation psychologique aux usagers et à leurs familles concernant l'usage limité et spécifique des médicaments, ainsi que les risques associés. Une communication claire sur les attentes réalistes vis-à-vis des effets des médicaments est essentielle pour éviter des perceptions clivées de leur efficacité *(soit des attentes irréalistes ou un rejet catégorique).*

Suivi et ajustement

Le suivi régulier de la réponse aux médicaments est de grande importance. Toute prescription doit être revue régulièrement, en particulier en ce qui concerne la tolérance et l'efficacité, afin de réduire les risques de dépendance ou de polypharmacie inutile.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

07

La prise en charge de la suicidalité nécessite une approche structurée pour évaluer et gérer les risques efficacement, tout en offrant un soutien adapté au patient. Voici les étapes clés recommandées dans le cadre de la *Good Psychiatric Management* (GPM) et d'autres approches reconnues pour les troubles comme la personnalité limite, où la suicidalité est souvent présente.

Intervenir : La gestion de la suicidalité

1. Évaluer le risque suicidaire aigu et chronique

Évaluer le risque aigu (immédiat) : Il est important d'évaluer le risque immédiat selon la gravité et la fréquence des idées suicidaires, des plans, et des tentatives antérieures. Les cliniciens doivent poser des questions directes sur la présence d'idées suicidaires, les moyens envisagés, et l'accès à ces moyens (armes, médicaments, etc.). Il est important de questionner le sentiment de contrôle que les personnes ont quant à leurs idées suicidaires, car plusieurs personnes ayant un TPL sont habitués à une suicidalité chronique ou récurrente.

Identifier les facteurs de risque actuels ou de récurrence du risque suicidaire : Les antécédents personnels ou familiaux de suicide, la présence de troubles psychiatriques comorbides (comme la dépression majeure ou les troubles liés à l'abus de substances) et les déclencheurs environnementaux (stress relationnel, pertes récentes).

2. Faire une psychoéducation et valider les émotions

Psychoéducation : Informer l'usager et sa famille des facteurs qui peuvent contribuer à la suicidalité et expliquer l'importance de la gestion des crises. Cela aide à diminuer la stigmatisation, à augmenter la compréhension et à encourager la participation au traitement.

Validation émotionnelle : Il est important de valider les émotions de l'usager, en reconnaissant la souffrance vécue sans minimiser les risques encourus. Par exemple, reconnaître la douleur émotionnelle (ce qui mène aux idées suicidaires) tout en expliquant que d'autres solutions sont possibles pour soulager cette détresse.

3. Faire un plan de crise en collaboration

Plan de crise : En collaboration avec l'usager, établir un plan de crise qui identifie les signes avant-coureurs d'une crise émotive, les déclencheurs des crises, les stratégies à utiliser en cas de crise et les personnes ressources à contacter (famille, amis, centre de crise). L'usager doit savoir vers qui se tourner en cas de besoin immédiat.

Réduire l'accès aux moyens : Si l'usager mentionne des moyens spécifiques (comme des médicaments ou des armes à feu), il est important de s'assurer que l'accès à ces moyens soient minimisés dans la mesure du possible (p. ex. prescription de la médication à la semaine, retrait des armes à feu, etc.).

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

4. Intervenir dans l'immédiat et faire un suivi actif

Interventions immédiates : Si le risque suicidaire est élevé en aigu *(présence de plans concrets, suicidalité active, perte du sentiment d'auto-contrôle)*, il pourrait être nécessaire de mettre en place un filet de sécurité dans l'immédiat *(p. ex. appeler un centre de crise en présence de l'usager, prévoir un séjour en centre de crise, orienter l'usager vers une évaluation psychiatrique en urgence, etc.)*

Suivi régulier : Dans les périodes périphériques à la crise, il faut s'assurer de prévoir un suivi prévisible, régulier et établi en collaboration avec la personne en suivi.

Suivi de l'évolution : Le risque suicidaire doit être réévalué régulièrement, surtout lors de changements importants dans la vie de l'usager *(p. ex. rechutes, ruptures, transitions de traitement)*. Le traitement peut être ajusté en conséquence.

5. Traiter les troubles contributifs sous-jacents

Traitement des comorbidités : Des troubles comme la dépression, les troubles anxieux ou l'abus de substances peuvent exacerber le risque suicidaire. Leur traitement est donc prioritaire et peut nécessiter des références appropriées (p. ex. ressources de désintox ou de gestion des dépendances) ou des interventions spécifiques (p. ex. médication).

6. Renforcer les facteurs protecteurs

Renforcement du soutien social : Le fait d'avoir des proches et parents informés sur le TPL et impliqués dans le rétablissement de la personne en suivi aide à créer un réseau de soutien favorable au rétablissement. Les proches seront ainsi plus à même de jouer un rôle bénéfique dans leur façon d'apporter du soutien à la personne en suivi. Il demeure important, malgré tout, de responsabiliser la personne en suivi dans la mise en place d'un plan de crise et dans une utilisation judicieuse de son réseau de soutien.

Reprise des activités normales : Encourager l'usager à reprendre des activités sociales, scolaires ou professionnelles, même à temps partiel, contribue à améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et à diminuer la détresse.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

08

La gestion des arrêts de travail pour les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite (TPL) nécessite une approche équilibrée entre soutien, stabilisation des symptômes et encouragement à la réintégration professionnelle. Voici des stratégies clés pour une gestion appropriée des arrêts de travail dans cette population.

Intervenir : La gestion des arrêts de travail

Avant l'arrêt de travail

1. **Évaluer la nécessité de l'arrêt de travail**

   Avant de prescrire un arrêt de travail, il est essentiel d'évaluer de manière approfondie la situation de l'usager. Un arrêt de travail peut être nécessaire en cas de symptômes sévères et incapacitants *(instabilité émotionnelle intense, dépression sévère, anxiété aiguë)* ou de comportements à risque ou suicidaires nécessitant une intervention immédiate. Il peut aussi être justifié lors de crises interpersonnelles au travail, comme des conflits graves ou des ruptures de relations professionnelles. On favorise le recours à un arrêt de travail lorsqu'il y a une exacerbation aiguë des difficultés reliées au TPL. Ainsi, l'arrêt de travail pourra permettre de résoudre cette exacerbation. Toutefois, on évite le recours à un arrêt de travail lorsque les difficultés présentées sont chroniques, sans exacerbation. Dans un tel contexte, il est peu probable qu'un arrêt de travail saura résoudre ces difficultés.

2. **Définir d'emblée une durée d'arrêt de travail adaptée à la situation**

   La durée maximale de l'arrêt de travail doit être déterminée à l'avance. On permet ainsi à la personne en arrêt de se mobiliser vers des objectifs qui sont réalistes. Il est recommandé d'éviter les arrêts prolongés pour prévenir la déconnexion du monde professionnel, qui pourrait aggraver les difficultés interpersonnelles et émotionnelles. Une période de quelques jours à deux semaines est souvent suffisante pour stabiliser des crises aiguës. Des arrêts plus longs (quelques mois) peuvent être envisagés, avec des cibles symptomatiques précises, mais il est déconseillé que les arrêts perdurent dans le temps sans intervention spécifique.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Pendant l'arrêt de travail

3. **Assurer un suivi médical régulier pendant l'arrêt de travail**

   Pendant la durée de l'arrêt, le suivi régulier est essentiel pour surveiller l'évolution des symptômes et préparer la reprise du travail. Cela inclut des consultations médicales régulières pour s'assurer d'une évolution satisfaisante lors de l'arrêt, aborder les facteurs qui perpétuent les difficultés et éviter leur chronicisation.

4. **Encourager le développement de compétences émotionnelles et sociales**

   L'arrêt de travail peut être un moment opportun pour développer des compétences en régulation émotionnelle et gestion des relations interpersonnelles, nécessaires pour le retour au travail. Des thérapies spécifiques au trouble de la personnalité limite peuvent être proposées dans cette période.

5. **Prévenir la chronicisation de l'arrêt**

   Un arrêt de travail prolongé peut entraîner un isolement social, avoir des impacts sur la régularité des habitudes de vie ainsi que sur l'estime de soi. Il est donc important de maintenir une réflexion sur la réintégration professionnelle et d'encourager l'usager à conserver des routines quotidiennes et des contacts sociaux. Le maintien de liens avec le monde professionnel *(par exemple, des échanges avec des collègues)* peut aussi favoriser une reprise en douceur du travail diminuant l'anticipation du retour.

Au moment du retour au travail

6. **Encourager la réintégration progressive**

   La réintégration au travail doit être envisagée dès que possible pour offrir une structure quotidienne à l'usager et éviter l'isolement social. Une reprise à temps partiel, ou avec des aménagements professionnels, tels que des horaires flexibles ou une réduction temporaire de la charge de travail, peut faciliter cette transition.

7. **Planifier une reprise structurée avec des objectifs progressifs**

   Il est important de planifier une reprise progressive du travail, avec des objectifs concrets et mesurables. Cela pourrait inclure un retour à temps partiel ou avec des responsabilités réduites, accompagné d'une évaluation régulière pour ajuster les conditions de travail en fonction des besoins de l'usager.

8. **Collaborer avec l'employeur et les ressources humaines**

   Si l'usager le souhaite, il peut être utile de collaborer avec l'employeur pour mettre en place des aménagements adaptés afin de garantir une réintégration harmonieuse. Une bonne communication entre le médecin, l'employeur et l'usager permet de prévenir les malentendus et de réduire les sources de stress à la reprise.

9. **Envisager un changement de poste ou de carrière si nécessaire**

   Dans les cas où le travail de l'usager est une source de stress intense, ou lorsqu'il existe des conflits interpersonnels graves, un changement de poste ou une réorientation professionnelle peut être nécessaire. Un soutien d'un conseiller en réinsertion professionnelle ou un coaching professionnel peut aider l'usager à envisager d'autres options. Il est important que de tels enjeux ne fassent pas l'impasse sur la possibilité d'un retour au travail : il est donc nécessaire de les aborder dès que possible et d'intervenir à leur sujet.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

INTERVENIR

09

Une évaluation des besoins de l'usager est nécessaire pour déterminer s'il bénéficiera d'une thérapie ciblée sur les enjeux du trouble de la personnalité, telle que la thérapie comportementale dialectique (TCD) ou la thérapie basée sur la mentalisation (TBM). Les cliniciens doivent rester ouverts aux ajustements en fonction de l'évolution de l'usager. Des signes qui orientent vers le besoin de référer vers des thérapies spécifiques (en 1ère ligne de soins) ou spécialisées (en 2e ligne de soins) sont présentés dans cette section.

Intervenir : Quand référer aux services spécifiques ou spécialisés ?

1. Des comportements autodestructeurs fréquents

Les usagers atteints de TPL peuvent avoir des comportements autodestructeurs récurrents (automutilation, abus de substances, conduites à risque). Si ces comportements sont fréquents et difficiles à gérer dans un cadre généraliste, un suivi spécifique ou spécialisé est nécessaire.

Par exemple : Un usager qui s'automutile régulièrement, utilise des substances de manière excessive, ou adopte des comportements à risque pour sa santé.

2. Un risque suicidaire élevé qui ne s'estompe pas

Si le risque suicidaire de l'usager est élevé ou qu'il a déjà fait plusieurs tentatives de suicide, une prise en charge spécifique ou spécialisée est importante. Une gestion plus rapprochée est nécessaire dans ces situations.

Par exemple : Un usager qui exprime des idées suicidaires de manière récurrente, élabore un plan suicidaire ou a déjà fait plusieurs tentatives.

3. Un échec des interventions généralistes

Lorsque les interventions de base (médication, suivi régulier, psychoéducation) ne parviennent pas à stabiliser l'état de l'usager, une prise en charge spécifique ou spécialisée est justifiée.

Par exemple : Un usager qui continue d'avoir des crises émotionnelles ou des ruptures relationnelles importantes malgré un traitement généraliste.

4. La présence de comorbidités psychiatriques importantes

Les usagers atteints de TPL présentent souvent des comorbidités psychiatriques, telles que des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles de l'usage de substances. Lorsque ces troubles sont graves ou complexes, une évaluation ou un suivi en psychiatrie est requis.

Par exemple : Un usager souffrant à la fois de TPL et d'un trouble bipolaire non stabilisé, ou de troubles liés à l'usage de substances graves.

5. Des difficultés interpersonnelles chroniques et persistantes

Si l'usager continue à rencontrer des difficultés relationnelles importantes qui affectent sa vie quotidienne *(relations instables, ruptures fréquentes, conflits interpersonnels intenses)*, un travail thérapeutique spécifique ou spécialisé peut être nécessaire.

Par exemple : Un usager qui coupe souvent les liens avec ses proches ou ses amis, ou qui présente une instabilité marquée dans ses relations.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

6. Une instabilité émotionnelle persistante malgré les interventions générales

Si malgré un suivi généraliste initial l'usager est incapable de gérer ses émotions de manière stable et que cela conduit à des crises répétées ou à des changements d'humeur extrêmes, une référence vers des services spécifiques ou spécialisés est pertinente.

Par exemple : Un usager qui passe rapidement d'un état de calme à un état de rage ou de désespoir, souvent déclenché par de petites frustrations ou des interactions sociales.

7. Une difficulté à s'engager dans le traitement

Certains patients atteints de TPL peuvent avoir du mal à s'engager de manière soutenue dans leur traitement *(absences fréquentes, refus de suivre les recommandations médicales, arrêts brusques de la thérapie)*. Si le manque d'engagement persiste malgré les efforts pour maintenir une relation thérapeutique et un cadre de suivi clair, un suivi spécifique ou spécialisé peut aider à renforcer leur engagement.

Par exemple : Un usager qui manque plusieurs rendez-vous, interrompt sa médication, ou abandonne rapidement la thérapie après quelques séances.

8. Le besoin de développer des compétences spécifiques

Si l'usager a besoin de développer des compétences spécifiques, telles que la gestion de la colère, l'amélioration de la régulation émotionnelle ou l'amélioration des compétences interpersonnelles, il peut bénéficier d'une thérapie spécifique ou spécialisée axée sur ces compétences.

Par exemple : Un usager qui a du mal à identifier et exprimer ses émotions de manière appropriée ou qui éprouve des difficultés à communiquer efficacement dans ses relations.

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

	Niveau de sévérité	Définition	Interventions potentielles
1. Subclinique	Sous le seuil d'un TPL	▸ Hypersensibilité interpersonnelle ▸ Sensibilité au rejet-abandon ▸ Dysrégulation émotive	SERVICES GÉNÉRAUX *Accès à la psychoéducation* *Bibliothérapie* *Soutien*
2. Précoce et/ ou léger	Premier épisode qui atteint le seuil d'un TPL	▸ Comportements dommageables ▸ Suicidalité mais sans geste suicidaire	SERVICES SPÉCIFIQUES ***suivi de 1ère ligne généraliste*** *Good Psychiatric Management* *± Groupes psychoéducatifs* *Intervention sur les comorbidités*
3. Soutenu et/ ou Modéré	Atteinte du seuil d'un TPL de façon soutenue dans le temps	Non réponse à un suivi généraliste ▸ Comportements dommageables ▸ Gestes suicidaires	***suivi de 1ère ligne spécifique et intensif*** *Good Psychiatric Management* *Groupes de thérapie* *Suivi médical* *± Pharmacothérapie* *Intervention sur les comorbidités*
4. Sévère	Évolution soutenue avec rémissions et rechutes	▸ Comportements dommageables sévères ▸ Gestes suicidaires potentiellement létaux	SERVICES SPÉCIALISÉS ***suivi de 2e ligne spécialisé*** *Suivi psychiatrique* *Good Psychiatric Management* *± Thérapie basée sur les évidences* *± Pharmacothérapie*
5. Chronique et persistant	Évolution soutenue sans rémission et sans réponse aux interventions thérapeutiques	Absence de réponse aux interventions spécifiques ou spécialisées compte tenu de la sévérité, de la complexité ou de la non-adhérence au traitement	SERVICES SDE SOUTIEN *Good Psychiatric Management de faible fréquence* *Case management* *Limiter la polypharmacie* *Interventions ciblant les facteurs perpétuants*

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Mon plan de crise

Malgré toute son intensité, une crise demeure une période relativement brève (quelques jours au maximum).

Il faut trouver des stratégies soit pour la prévenir ou pour tolérer son passage en évitant des comportements que l'on regrettera ensuite.

1 MES SIGNES AVANT-COUREURS

À ma connaissance, quels sont les signes qui m'annoncent que j'entre dans une période de crise émotive ?

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

2 MES SITUATIONS À RISQUE

À ma connaissance, quelles sont les situations qui me mettent à risque de vivre une période de crise émotive ?

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

3 MES COMPORTEMENTS NUISIBLES

Par le passé, quels comportements ont été nuisibles en cas de crise émotive ?

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

4 MES STRATÉGIES

Quelles sont les stratégies, en ordre de priorité, que je peux mettre en place lorsque je ressens les signes avant-coureurs d'une crise émotive ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Si j'ai des idées suicidaires, par quels moyens est-ce que je peux rendre mon environnement sécuritaire et m'éloigner du moyen envisagé pour me suicider ?

1. _____
2. _____

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Mon plan de crise

Si mes stratégies ne fonctionnent pas suffisamment pour me permettre de tolérer la détresse, si j'ai l'impression de perdre le contrôle sur mes comportements ou que je crains de faire un geste dommageable, je peux aller chercher de l'aide…

JE PARLE À UNE PERSONNE DE CONFIANCE

NOM :

Téléphone :

NOM :

Téléphone :

NOM :

Téléphone :

Si je ne parviens pas à calmer la crise, j'appelle un centre de crise ou une ligne d'écoute.

Je tente de résoudre mon problème avec l'aide de l'intervenant au téléphone.

Mon centre de crise / ligne d'écoute :

NOM :

Coordonnées :

NOM :

Coordonnées :

suicide.ca
aider • informer • prévenir

En dernier recours, **si je sens que je n'ai plus le contrôle sur mes gestes** et que j'ai besoin d'aide pour le reprendre, je me rends à l'urgence

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Analyse des comportements dommageables

☐ **Vous avez fait un geste impulsif… Quel type de geste avez-vous posé ?**

- ☐ Un comportement visant à **soulager la détresse** *(p. ex. automutilation)*
- ☐ Un comportement fait avec **l'idée de mourir** *(p. ex. geste suicidaire)*
- ☐ Un geste **agressif** envers un individu ou l'environnement *(p. ex. geste agressif, bris d'objet, etc.)*
- ☐ Un geste visant la **recherche de sensations fortes** par des moyens potentiellement dommageables *(vitesse excessive, consommation de drogue/alcool, hyperphagie - binge eating, gambling etc.)*
- ☐ Un **autre type de geste impulsif** *(relations sexuelles non protégées, infractions à la loi, décision impulsive, démission soudaine d'un emploi, fin de relation rapide, menaces suicidaires, etc.)*

Préciser : _____

Quels étaient vos états mentaux *(vos pensées, vos émotions)* **au moment de poser ce geste ?**

_____

_____

_____

_____

Qui était présent au moment du geste ? Si vous étiez seul, pensiez-vous à une personne en particulier ?

_____

_____

_____

_____

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

En retournant **dans les heures ou les jours précédant le geste,** pouvez-vous **identifier le moment où vous avez commencé à sentir que les choses allaient moins bien ?**

Que faisiez-vous à ce moment précis ? Est-il arrivé un événement particulier ? *(p. ex. : une déception, une contrariété, un appel téléphonique, une mauvaise nouvelle, une rencontre avec quelqu'un…)*

Comment ce déclencheur *(soit un événement, une pensée, un contexte, une émotion, etc.)* **a-t-il influencé vos états d'esprit et vous a-t-il amené à poser un geste impulsif ?**

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

Si vous prenez un peu de recul, **que pensez-vous de l'état d'esprit** *(vos émotions, vos pensées)* **dans lequel vous étiez lorsque vous avez posé votre geste impulsif ?**

À tête reposée, une fois les émotions retombées, **comment pensez-vous que vous pourriez agir si cette situation se reproduisait à l'avenir ?**

Que retenez-vous de cette réflexion ? Comment vous sentez-vous suite à cet exercice réflexif ?

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.

QU'EST-CE QUE LA PERSONNALITÉ ?

NOTRE PERSONNALITÉ, c'est un peu notre **MODE DE FONCTIONNEMENT.** Simplement dit, quand on réfère à notre personnalité, on dit qu'on se «connaît comme ça», qu'on est comme ça depuis «longtemps» ou même depuis «toujours».

Ensuite, la personnalité est **DIFFÉRENTE D'UNE PERSONNE À L'AUTRE** : nous sommes tous et chacun uniques. La personnalité, c'est ce qui nous différencie des autres, c'est ce qui fait que nous sommes nous !

Pour mieux la décrire, on pourrait dire qu'elle regroupe un ensemble de caractéristiques personnelles stables dans le temps qui influencent **NOS PENSÉES**, **NOS ÉMOTIONS** et **NOS COMPORTEMENTS**, dont **NOS RELATIONS** avec autrui

NOS PENSÉES

La vision que l'on a de soi-même, des autres ou des événements. Par exemple, notre personnalité va influencer si on a tendance à avoir confiance en nous, à voir les autres comme des personnes aimables, à prendre le bon côté des choses ou plutôt à voir souvent le négatif des choses...

NOS ÉMOTIONS

L'intensité, la fluctuation, la durée de nos réponses émotives. Par exemple, notre personnalité va influencer si on a tendance à être stable dans nos émotions, peu expressif ou bien plutôt si on a tendance à avoir des émotions intenses, à être «hypersensible» aux événements...

NOS COMPORTEMENTS

Notre niveau d'impulsivité. Notre personnalité va influencer si on a tendance à être réservé, dans la réflexion plus que dans l'action ou plutôt est-ce qu'on a tendance à être impulsif, dans l'action avant même d'y avoir réfléchi...

NOS RELATIONS AVEC LES AUTRES

Si on entre facilement en relation avec les autres, est-ce qu'on est plutôt timide et renfermé ou bien plutôt est-ce qu'on est extraverti et sociable...

QU'EST-CE QUE LA PERSONNALITÉ ?

En me basant sur la page 1, qu'est-ce qui décrirait **LES PENSÉES** qui font partie de ma personnalité ?

En me basant sur la page 1, qu'est-ce qui décrirait **LES ÉMOTIONS** qui font partie de ma personnalité ?

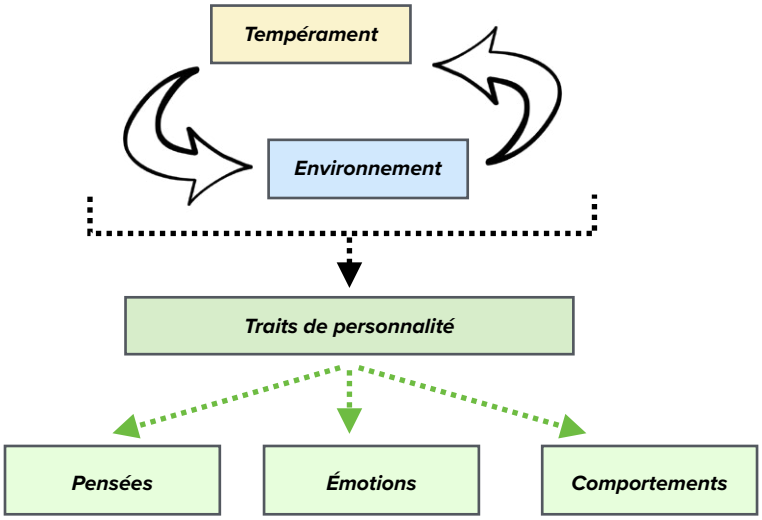
En me basant sur la page 1, qu'est-ce qui décrirait **LES COMPORTEMENTS** qui font partie de ma personnalité ?

En me basant sur la page 1, qu'est-ce qui décrirait **LES RELATIONS AVEC AUTRUI** qui font partie de ma personnalité ?

D'OÙ VIENT NOTRE PERSONNALITÉ ?

Notre personnalité vient d'un mélange de deux facteurs principaux : la **GÉNÉTIQUE** et notre **ENVIRONNEMENT** de vie.

Ces deux facteurs vont s'influencer l'un l'autre au cours de notre développement, beaucoup au cours de notre enfance, pour venir définir peu à peu notre personnalité, c'est-à-dire les caractéristiques de notre personne qui vont demeurer relativement stables par la suite dans notre vie.



D'abord, la génétique : qu'on le veuille ou non, nous avons peu de contrôle sur ce premier facteur. Notre caractère à la naissance, ou ce qu'on appelle aussi notre tempérament, est en partie déterminé par notre génétique, c'est-à-dire par le tempérament qu'avait nos parents. Ce facteur pourrait expliquer jusqu'à près de la moitié de notre personnalité.

Ensuite, l'environnement : c'est le deuxième facteur qui entre en ligne de compte. Il réfère à nos expériences de vie, à nos expériences en relation.

Par exemple, le fait de grandir dans un **environnement qui est stable**, avec des relations d'attachement qui sont sécuritaires aura un impact sur le développement de notre personnalité : on risque d'être plus confiant, plus à même d'identifier nos émotions, nos états d'esprit, de faire face à des obstacles dans la vie tout en restant résilients.

Toutefois, le fait d'être dans un **environnement instable** (p.ex. plusieurs déménagements, des changements d'école fréquents, etc.), de vivre des événements difficiles ou traumatiques (p.ex. de la violence, de la négligence, des abus), ou de vivre des relations d'attachement qui sont conflictuelles, difficiles ou instables va avoir un tout autre impact sur le développement de notre personnalité : on risque d'être moins confiant dans nos relations avec les autres, d'avoir plus de difficultés à reconnaître et moduler nos émotions par exemple.

D'OÙ VIENT NOTRE PERSONNALITÉ ?

À mon avis, quel est mon **bagage génétique** ? En d'autres mots, quels sont les traits de personnalité que j'ai pu hériter de mes parents biologiques ?

Si je pense à mon environnement de vie lorsque j'étais enfant :

- est-ce que j'ai l'impression que mon environnement de vie était **stable** ou plutôt **instable** ?
- Est-ce que j'ai eu des relations d'attachement (*p.ex. avec mes parents*) qui étaient **sécuritaires** (*c'est-à-dire, est-ce que je me sentais en confiance*) ?
- Au contraire, est-ce que mes relations d'attachement (*p.ex. avec mes parents*) étaient **conflictuelles**, **difficiles** ou **instables** ?
- Aies-je vécu des **événements de vie traumatiques** (*abus, négligence, violence, etc...*) ?

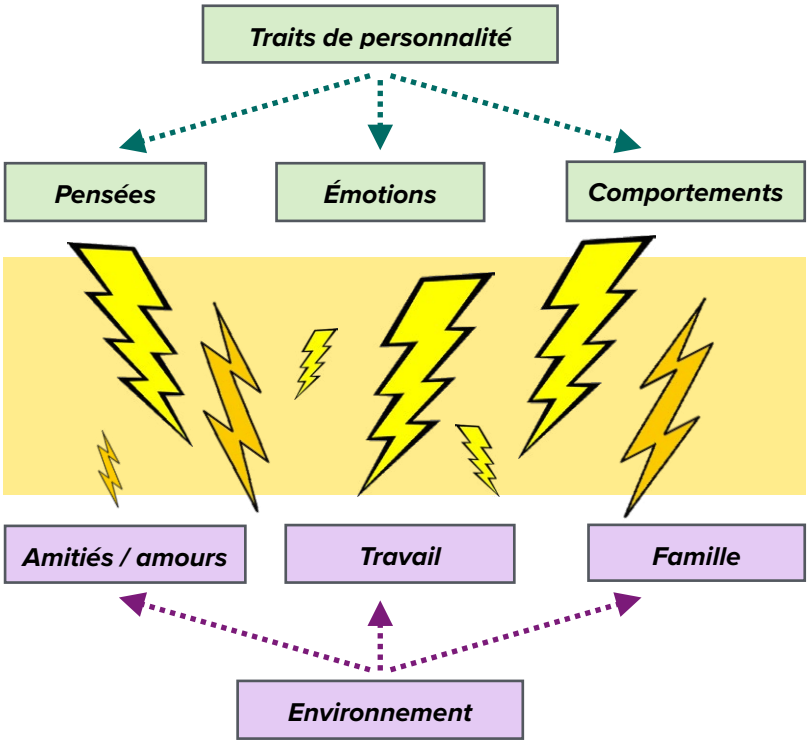
À mon avis, quel est le rôle de mon bagage génétique et celui de mon environnement de vie dans le développement de la **personnalité actuelle** ?

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

Nous avons tous une personnalité, une personnalité qui nous est unique, à tous et chacun. À la base, avoir une personnalité, ce n'est pas une maladie ni un défaut...

Mais certaines personnes vont remarquer que des traits de leur personnalité peuvent les placer dans des situations qui se répètent, par exemple des **conflits**, des **patterns en relation** avec les autres, des **comportements impulsifs** qui tendent à se reproduire et qui leur causent une souffrance, une **détresse** ou des difficultés dans leur fonctionnement de tous les jours. C'est à ce moment là que l'on dit que notre personnalité nous cause du trouble... et que l'on va parler d'un **trouble de la personnalité**.

Et un des contexte les plus propices à faire ressortir des traits de notre personnalité, c'est lorsque nous entrons en relation avec d'autres personnes. C'est donc souvent des des contextes relationnels, p.ex. dans le cadre scolaire, professionnel, de nos amitiés ou de notre vie amoureuse, que nos traits de personnalité vont se mettre en action et que des difficultés peuvent devenir plus évidentes...



Au niveau
PROFESSIONNEL

Des conflits, des absences répétées, des changements fréquents et impulsifs, etc.

Au niveau
PERSONNEL

La difficulté à conserver des amitiés, le manque de confiance en soi, des décisions impulsives et dangereuses, etc.

Au niveau
AMOUREUX

des relations amoureuses très instables, la peur de l'abandon, des conduites qui visent à conserver les relations mais qui peuvent avoir la conséquence d'éloigner les autres, etc.

Ces difficultés ont un **impact soutenu dans le temps**, c'est-à-dire qu'elles persistent depuis longtemps. Elles **causent une souffrance ou une détresse** à la personne. Parfois, les personnes elles-mêmes auront du mal à bien reconnaître leurs difficultés sur le plan de la personnalité, ce sont leurs proches, leurs parents ou leurs collègues de travail qui leur refléteront leurs difficultés. En ce sens, les personnes qui présentent un trouble de la personnalité ou leurs proches seront à même de constater qu'il y a un **impact sur leur capacité à fonctionner et à s'adapter** aux différents événements de la vie.

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

Est-ce que j'ai des difficultés qui tendent à se répéter ou à persister **dans mes emplois** (*p.ex. conflits, absences répétées, changements fréquents et impulsifs d'emploi*) ?

Est-ce que j'ai des difficultés qui tendent à se répéter ou à persister **au niveau personnel** (*p.ex. de la difficulté à conserver des amitiés, le manque de confiance en moi, des décisions impulsives et dangereuses*) ?

Est-ce que j'ai des difficultés qui tendent à se répéter ou à persister **au niveau amoureux** (*des relations amoureuses instables, la peur de l'abandon, des conduites qui visent à conserver les relations mais qui peuvent avoir la conséquence d'éloigner les autres*) ?

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Instabilité : c'est le mot qui décrit probablement le mieux ce qu'est le trouble de la personnalité limite.

Cette instabilité touche à plusieurs sphères de la vie : les **émotions**, les **relations**, les **comportements**, **l'image de soi** et les **perceptions**. Prenons le temps de regarder plus en détails ce qui provoque cette instabilité.

Vous retrouverez ici les critères du trouble de la personnalité limite, tels que décrit par le DSM-5, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Au total, 9 critères sont définis. Les personnes qui présentent ce que l'on appelle le trouble de la personnalité limite ont **5 ou plus des critères suivants**. Si une personne présente moins de 5 critères, on parle plutôt de traits de la personnalité, mais non d'un trouble.

INSTABILITÉ DES ÉMOTIONS

Je me reconnais ?

1. La présence d'émotions rapidement changeantes, en «montagnes russes » et de forte intensité

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL) se connaissent souvent hypersensibles aux situations de la vie de tous les jours *(p.ex. une parole d'autrui, l'absence de réponse à un message envoyé, une interaction avec autrui, etc.)*. Bien que les autres auront tendance à dire que ce sont des situations banales, qu'il «*ne faut pas s'en faire pour ça*», les personnes qui présentent un TPL peuvent y réagir intensément. Ils sont souvent *hyperémotifs* et ils seront en conséquence souvent imprévisibles sur le plan des émotions, autant pour eux que pour les autres.

Être *hyperémotif* ou *hypersensible*, c'est être vulnérable à ce que nos émotions soient déclenchées facilement *(p.ex. avec des événements banals du quotidien)*, qu'elles deviennent rapidement de forte intensité et qu'elles prennent beaucoup de temps à s'apaiser par la suite *(p.ex. plusieurs heures, parfois quelques jours)*. Ces fortes émotions ont bien entendu des impacts sur la personne elle-même *(p.ex. le sentiment d'être dans des montagnes russes)* mais également sur les relations avec les autres personnes qui partagent leur quotidien.

○ *Oui*

2. La présence de colères intenses ou inappropriées et la difficulté à faire une gestion de la colère (p.ex. la présence fréquente de mauvaise humeur, de colère ou de bagarres)

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL) peuvent être sarcastiques, acerbes, tenir des propos durs et blessants. La colère est souvent provoquée par des enjeux relationnels, par exemple le sentiment de ne pas recevoir suffisamment d'attention en relation ou la peur d'être rejeté ou abandonné. Les explosions de colère peuvent être suivies d'émotions comme la honte et la culpabilité, ce qui peut contribuer au développement d'une image de soi d'être « *une mauvaise personne* ».

○ *Oui*

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

INSTABILITÉ DANS LES RELATIONS

Je me reconnais ?

3. Des efforts considérables pour éviter les abandons réels ou imaginés

Les personnes qui présentent un TPL peuvent être particulièrement sensibles à la perception d'un rejet ou d'un abandon. Elles deviennent alors *hypervigilantes* aux moindres signes qui leur donnent cette perception de rejet *(p.ex. l'absence de réponse à un texto, ne pas être invité lors d'un événement, etc.*) et elles peuvent y réagir avec de grandes émotions et des comportements impulsifs associés *(p.ex. des demandes répétées de rassurance sur la relation, des gestes d'automutilation ou suicidaires, etc.)*.

Cette peur de l'abandon et du rejet est fréquemment liée à la difficulté à tolérer la solitude. Malheureusement, l'impact de cette sensibilité à l'abandon peut avoir comme impact à long terme d'éloigner les proches, ce qui renforce d'autant plus la perception de rejet.

Parfois, certaines personnes sensibles à l'abandon en viendront à *« couper les relations »* rapidement et sans appel, préférant abandonner les autres plutôt que de vivre dans l'anticipation et la crainte d'un abandon décidé par autrui.

○ *Oui*

4. Des relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

Les personnes qui présentent un TPL vivent également des montagnes russes au sein de leurs relations. Cette instabilité se retrouve le plus souvent dans les relations d'attachement et d'intimité *(p.ex. en relation amoureuse)* mais peut également se répercuter dans les relations amicales et professionnelles, selon les situations.

Elles peuvent avoir un mode rapide d'entrée en relation : s'attacher rapidement et idéaliser le partenaire, avoir des attentes élevées en début de relation, exiger de passer beaucoup de temps avec l'autre personne. Toutefois, les aléas de la relation peuvent faire basculer rapidement la personne vers la dévalorisation du partenaire, par exemple lorsque la personne estime que le partenaire n'est pas suffisamment disponible ou ne leur donne pas assez dans la relation.

Les oscillations de position traduisent souvent le fait d'être déçu d'un partenaire initialement idéalisé et peuvent aussi être teintées des craintes liées au rejet ou à l'abandon anticipé.

○ *Oui*

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

INSTABILITÉ DES COMPORTEMENTS

Je me reconnais ?

5. Des comportements impulsifs potentiellement dommageables dans différents domaines (au moins deux) : dépenses d'argent, sexualité, consommation de substances, jeux d'argent, conduite automobile dangereuse, prise alimentaire excessive (accès hyperphagique ou boulimie), ...

Les personnes qui présentent un TPL sont souvent aux prises avec des émotions très intenses, qui sont « *débordantes* ». En conséquence, ces personnes tentent par divers moyens de diminuer ce haut niveau émotif. Toutefois, en contexte de crise émotive, ces stratégies peuvent être dommageables pour la personne, sa sécurité et/ou celle d'autrui.

En contexte de crise émotive, ces personnes peuvent dépenser de fortes sommes d'argent sans en soupeser les conséquences, ils peuvent avoir des relations sexuelles dans des contextes qui les rendent vulnérables aux abus envers leur personne (p.ex. non protégées, avec des inconnus, etc.), ils peuvent consommer des substances de façon abusive (*ce qui augmente d'autant plus l'impulsivité et l'instabilité émotive*), ils peuvent s'adonner à du jeu d'argent de façon inconsidérée (*p.ex. vidéo poker, paris sportifs, etc.*), avoir des conduites dangereuses au volant, manifester de la « *rage au volant* », manger de façon impulsive jusqu'à avoir l'impression de « *perdre le contrôle*», etc.

Ces stratégies maladaptées ont un impact majeur sur le fonctionnement de la personne et sur ses relations. Même si elles sont parfois « *tolérables* » à court terme, il n'est pas rare que la souffrance liée à ces stratégies est l'élément qui amène les gens à débuter une démarche de recherche d'aide.

○ *Oui*

6. La répétition de comportements, de menaces ou de gestes suicidaires ou d'automutilation

De la même façon, les personnes qui présentent un TPL peuvent recourir à des gestes d'automutilation *(p.ex. se blesser, se cogner, se lacérer avec un couteau, se brûler, etc.)* ou à des menaces ou de gestes suicidaires lorsque le niveau ressenti de détresse est tellement élevé qu'il devient intolérable.

Plusieurs raisons peuvent mener à ces comportements, entre autre : soulager la souffrance ressentie, se punir car on a le sentiment d'être «une mauvaise personne», démontrer notre souffrance lorsque l'on a l'impression d'être ignoré ou incompris des autres, rendre clair que l'on ne peut tolérer le rejet et que l'on a besoin de la présence de l'autre, etc. Toutefois, à long terme, de tels comportements peuvent provoquer l'éloignement du cercle de soutien autour de la personne qui présente un TPL...

○ *Oui*

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

INSTABILITÉ IDENTITAIRE

Je me reconnais ?

7. Une instabilité marquée et persistante de l'image de soi

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL) peuvent rapidement changer dans la vision qu'elles ont de leur identité (*par exemple leurs objectifs, leurs projets, leurs valeurs, etc.)*. Les projets de carrière peuvent être instables, se modifier fréquemment, de même que leur identité sexuelle ou leur type de fréquentation.

Elles peuvent se voir par moment «*bonnes*» et par moment «*mauvaises*», mais fréquemment en «*tout ou rien*». Les situations d'abandon ou de rejet peuvent être vécues de façon dramatique car elles sont souvent intolérantes à la solitude, se retrouvant désorientée et sans point de repère lorsqu'elles sont seules.

Parfois, les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite mentionneront être «comme un caméléon» en relation, car elles épousent les valeurs et désirs du groupe de personne qui les accompagnent. Sans ce groupe, elles peuvent se retrouver désorientées et incertaines de leur propre identité.

○ Oui

8. Un sentiment chronique de vide

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL) peuvent être habitées d'un grand sentiment de vide, présent depuis longtemps. Elles tentent fréquemment de «*remplir ce vide*» en se distrayant, en cherchant en permanence à s'occuper et à «*fuir le vide*» (*p.ex. parfois en consommant, en s'étourdissant, etc.*) et l'ennui profond de se retrouver seules.

○ Oui

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

INSTABILITÉ DANS LES PERCEPTIONS

Je me reconnais ?

9. La survenue transitoire, dans des périodes de grand stress, d'idées de persécution ou de symptômes dissociatifs sévères

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite (TPL) peuvent expérimenter, lors des périodes d'émotions intenses, des distorsions au niveau de leurs perceptions et de leurs interprétations. De tels phénomènes sont **habituellement brefs** (*quelques minutes à quelques heures)* mais peuvent être une grande source de détresse. On peut par exemple retrouver la présence d'idées de persécution, l'impression que les autres sont volontairement malveillants envers nous, à la limite que notre vie est en danger. C'est ce que l'on appelle des **idées paranoïdes**. On peut également retrouver des **symptômes dissociatifs**, comme la ***déréalisation*** (*l'impression que le monde n'est plus réel*) ou la ***dépersonnalisation*** (*l'impression d'être hors de notre propre corps, comme si l'on se regardait de l'extérieur de soi-même*). Des personnes diront avoir en conséquence des difficultés à se remémorer ce qui a pu se produire lors de telles périodes dissociatives. Une fois les émotions apaisées, ces symptômes ne persistent pas et la personne reconnaît leur caractère inhabituel ou particulier.

Le fait d'avoir vécu des événements traumatiques par le passé peut être un facteur qui peut contribuer à la fragilité, lors de périodes émotives, à présenter des symptômes dissociatifs.

○ *Oui*

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

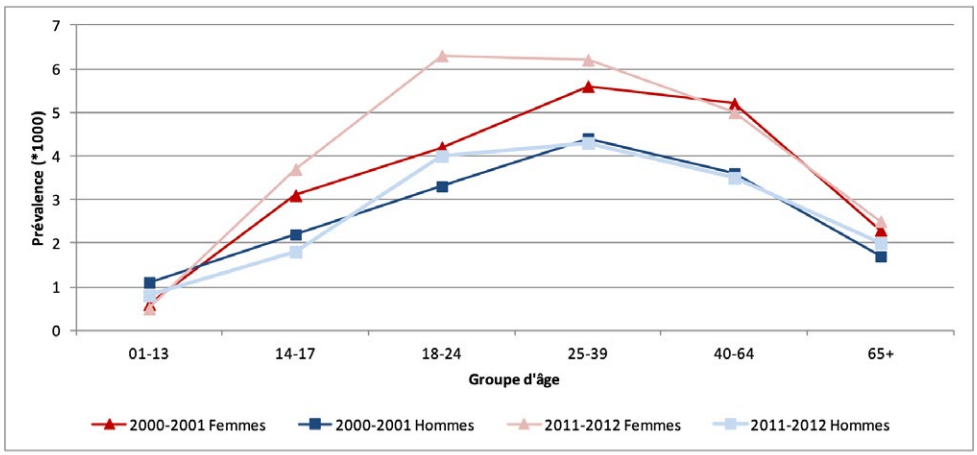
Critères	Présent	Absent
1. La présence d'émotions rapidement changeantes, en «montagnes russes » et de forte intensité		
2. La présence de colères intenses ou inappropriées et la difficulté à faire une gestion de la colère		
3. Des efforts considérables pour éviter les abandons réels ou imaginés		
4. Des relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation		
5. Des comportements impulsifs potentiellement dommageables dans différents domaines		
6. La répétition de comportements, de menaces ou de gestes suicidaires ou d'automutilation		
7. Une instabilité marquée et persistante de l'image de soi		
8. Un sentiment chronique de vide		
9. La survenue transitoire, dans des périodes de grand stress, d'idées de persécution ou de symptômes dissociatifs sévères		
TOTAL		

Est-ce que les critères dans lesquels je me reconnais se sont modifiés avec le temps ? Certains sont-ils moins présents ? D'autres prennent-ils plus de place dans ma vie ?

À QUEL ÂGE APPARAÎT LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?

Même s'il n'est pas rare que le diagnostic soit reçu plus tardivement dans la vie, la grande majorité des gens qui se reconnaissent dans le trouble de la personnalité limite feront remonter le début de leurs difficultés à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Graphique 2 **Prévalence annuelle des troubles de la personnalité du groupe B selon l'âge et le sexe, Québec, 2000-2001 et 2011-2012**



Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec

Qu'est-ce qui retarde parfois le diagnostic ?

Plusieurs raisons peuvent être en cause...

- Parfois, à l'adolescence, on assistera à l'émergence de difficultés sur le plan de la santé mentale. La présentation des symptômes rendra plus complexe un diagnostic précis. Néanmoins, si des critères propres au trouble de la personnalité limite sont mis en évidence, des interventions spécifiques gagnent à être mise en place.
- Ce ne sont pas tous les intervenants ou les médecins qui sont à l'aise à poser ce diagnostic, ce qui parfois retardera le diagnostic malgré la présence de symptômes clairs.
- La stigmatisation dont souffre le diagnostic a aussi parfois un impact. Les intervenants peuvent ainsi éviter d'en parler par crainte « *que cela soit mal reçu* » ou « *mal vécu* » par le patient car le diagnostic est vu comme « *trop négatif* ».
- Parfois également, par méconnaissance, les intervenants penseront que le diagnostic ne peut être posé avant l'âge de 18 ans, ce qui est faux...

À QUEL ÂGE APPARAÎT LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?

À quel âge est-ce que j'ai commencé à présenter des difficultés dans mes émotions et mes relations ?

Quel a été l'impact de ces difficultés au cours de mon adolescence ?

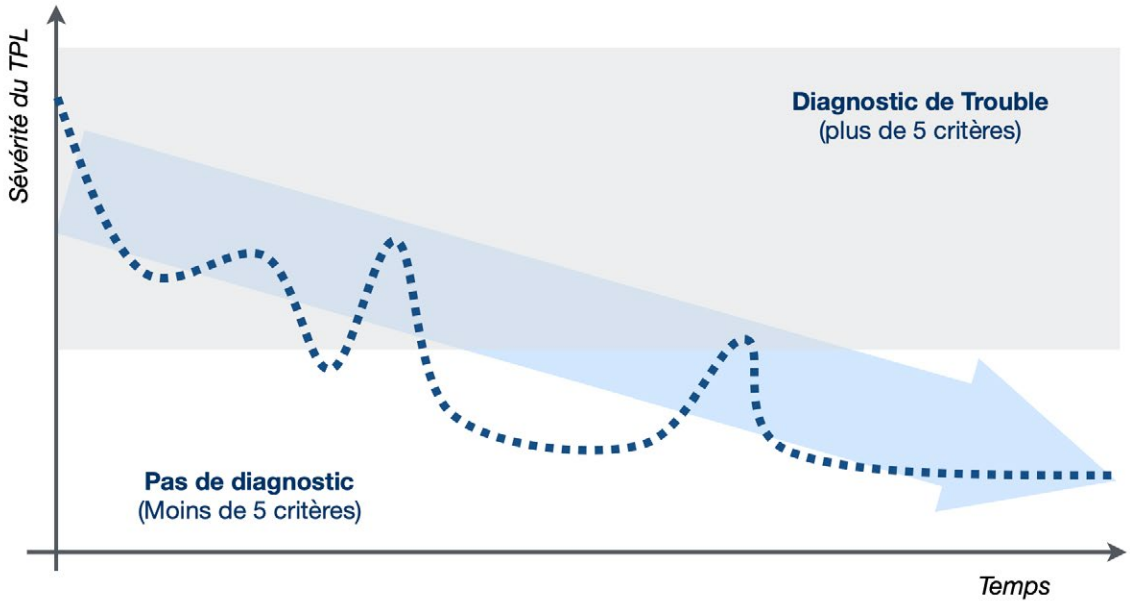
Lorsque j'ai eu le diagnostic de trouble de la personnalité limite, qu'est-ce que cela a changé pour moi ?

QUELLE EST L'ÉVOLUTION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?

Le trouble de la personnalité limite, est-ce que ça se traite ?

Oui, ça se traite !

- Plusieurs traitements en psychothérapie sont démontrés efficaces pour le trouble de la personnalité limite. De plus, on sait maintenant que l'évolution du trouble au cours des années est généralement positive… c'est-à-dire qu'avec les années, les difficultés liées au TPL tendent à s'améliorer. L'amélioration est d'autant plus importante quant on prend le temps de travailler sur soi en psychothérapie.



Le TPL, un trouble à bonne évolution…

- Les recherches ont démontré que la majorité des personnes qui vivent avec un trouble de la personnalité limite pourront connaître une rémission de leur diagnostic au fil des années. Une rémission du diagnostic signifie que les critères diagnostiques du trouble ne sont plus remplis. Le processus vers la rémission n'est pas toujours «une ligne droite», il peut y avoir des reculs occasionnels, mais globalement, les améliorations significatives tendent à se maintenir dans le temps.

QUELLE EST L'ÉVOLUTION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?

Qu'est-ce qui peut aider à la rémission du TPL ?

1. La participation active à une démarche de psychothérapie
2. La capacité de se voir comme responsable de changer des aspects de notre fonctionnement

Qu'est-ce qui peut nuire à la rémission du TPL ?

1. La présence active d'un trouble d'usage de substances (alcool ou drogues)
2. Des comportements soutenus d'évitement social (retrait d'un rôle actif, isolement, passivité, évitement des liens d'attachement, etc.)

Le rétablissement, c'est quoi au-delà de la disparition des symptômes ?

* Plusieurs personnes verront leurs symptômes du TPL s'améliorer avec les années au prix d'un évitement des relations sociales (*p.ex. prendre des responsabilités dans un rôle actif, être aux études, s'impliquer dans la communauté, travailler, etc.*). Le risque de cet évitement, c'est d'être mieux sur le plan des symptômes mais d'avoir un vie qu'on juge soi-même «insatisfaisante»... Souvent, l'amélioration du mal-être, le développement d'un sentiment de valeur personnelle et la diminution des émotions négatives seront liés à notre capacité de se réinvestir dans un rôle actif qui donne un sens à notre vie.

QUELLE EST L'ÉVOLUTION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ?

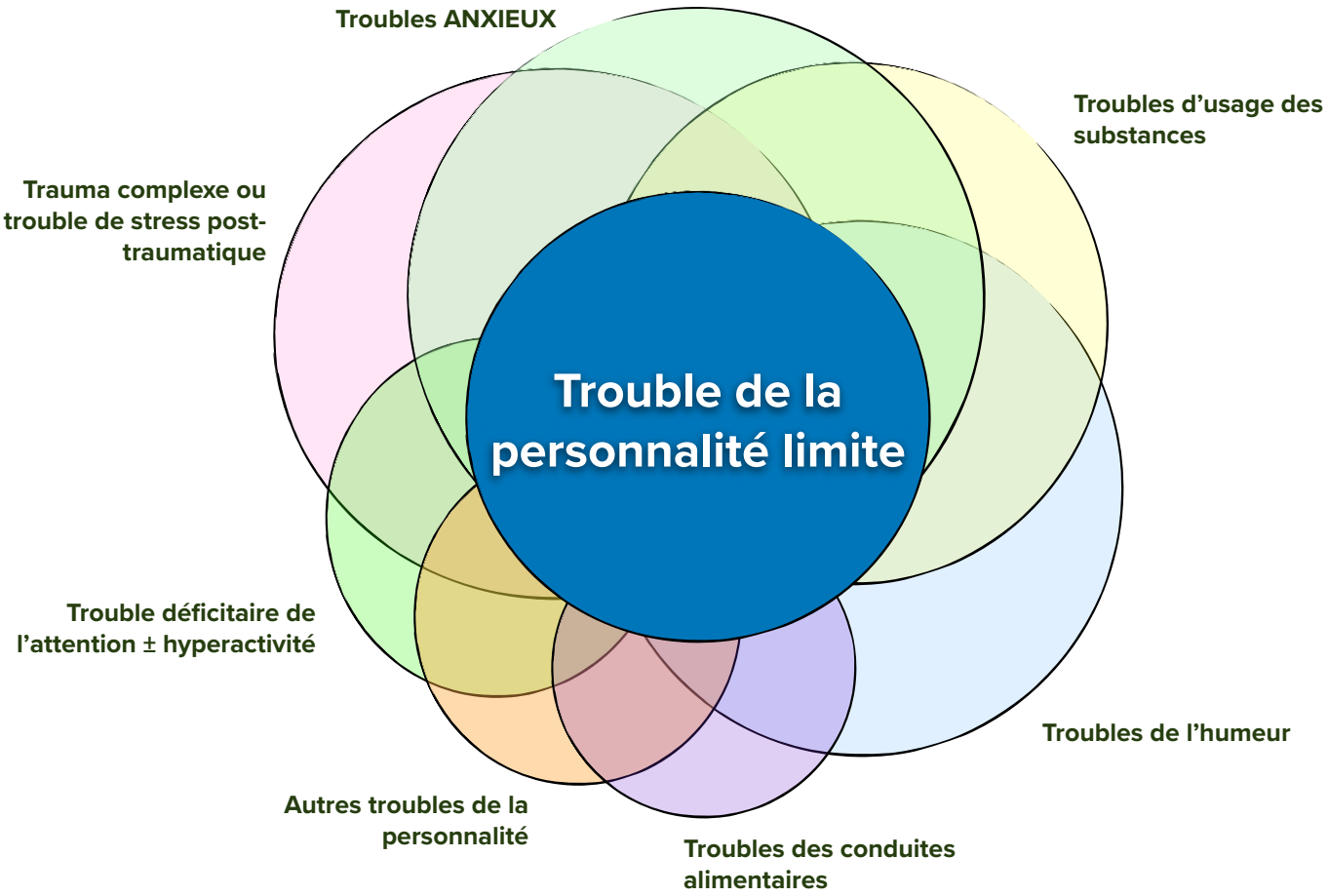
Qu'est-ce que j'aimerais voir changer dans mes difficultés liées à mon trouble de la personnalité limite ?

À mon avis, est-ce que certains éléments pourraient retarder les changements positifs que je souhaite voir sur le plan de ma personnalité (*p.ex. ma motivation à changer, ma volonté de faire une démarche de thérapie, ma consommation de substances, mon évitement social*) ?

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET COMORBIDITÉ

La norme plus que l'exception...

* **La présence d'autres troubles de santé mentale** qui s'ajoutent au trouble de la personnalité limite (ce que l'on nomme en médecine la comorbidité) **est la norme plus que l'exception**. Plusieurs troubles que l'on retrouve souvent avec le TPL sont intimement liés aux enjeux de personnalité.



TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET COMORBIDITÉ

Des troubles qui peuvent être intimement liés…

- **L'hypersensibilité émotionnelle** présente dans le trouble de la personnalité limite fait en sorte que les personnes ressentiront les émotions de façon intense et prolongée. Il n'est donc pas rare que les gens se reconnaîtront dans un **trouble anxieux** (*trouble panique, anxiété sociale, trouble anxieux généralisé, etc.*) ou qu'ils connaîtront des **épisodes dépressifs** au cours de leur vie.

- **L'instabilité comportementale** présente dans le trouble de la personnalité limite fait en sorte qu'en période émotive, les personnes en viendront à agir de façon impulsive, souvent avec des comportements dommageables (*qui les placent dans des situations difficiles*). Il n'est donc pas rare que les gens présentent par exemple des **troubles alimentaires** (*p.ex. boulimie, accès hyperphagiques ou «binge eating»*), des **troubles de l'usage des substances** (*p.ex. abus de substances, gestion des émotions avec la prise de substances, etc.)*, des problèmes de **jeu d'argent pathologique** *(p.ex. gambling, vidéopoker, etc.).*

- Plusieurs personnes présentant des difficultés liées au trouble de la personnalité limite auront aussi connu en plus jeune âge et même à l'âge adulte des **événements de vie négatifs** (*ou adverses*) ou **traumatiques** (*p.ex. abus, négligence, violence*) qui les placent à plus haut risque de vivre avec des signes et symptômes de **trouble de stress post-traumatique** ou de **trauma complexe**.

Par où commencer ?

- Même s'il est raisonnable de tenter des interventions (*p.ex. pharmacothérapie, psychothérapie*) pour les comorbidités liées au trouble de la personnalité limite (*p.ex. troubles anxieux, troubles de l'humeur, etc.*), **le taux de réponse au traitement demeure plus faible si le trouble de la personnalité limite n'est pas lui-même ciblé** par des interventions spécifiques.

- **Plusieurs des troubles associés** au trouble de la personnalité limite (*comorbidités*) **s'amélioreront grandement ou même connaîtront une rémission si les symptômes liés au trouble de la personnalité limite s'améliorent**.

- Il est donc essentiel de bien identifier les signes et symptômes d'un trouble de la personnalité limite et d'offrir, lorsque ce trouble est présent, un traitement spécifique au TPL. Il en va souvent de l'**amélioration globale** des difficultés de la personne qui présente un trouble de la personnalité limite.

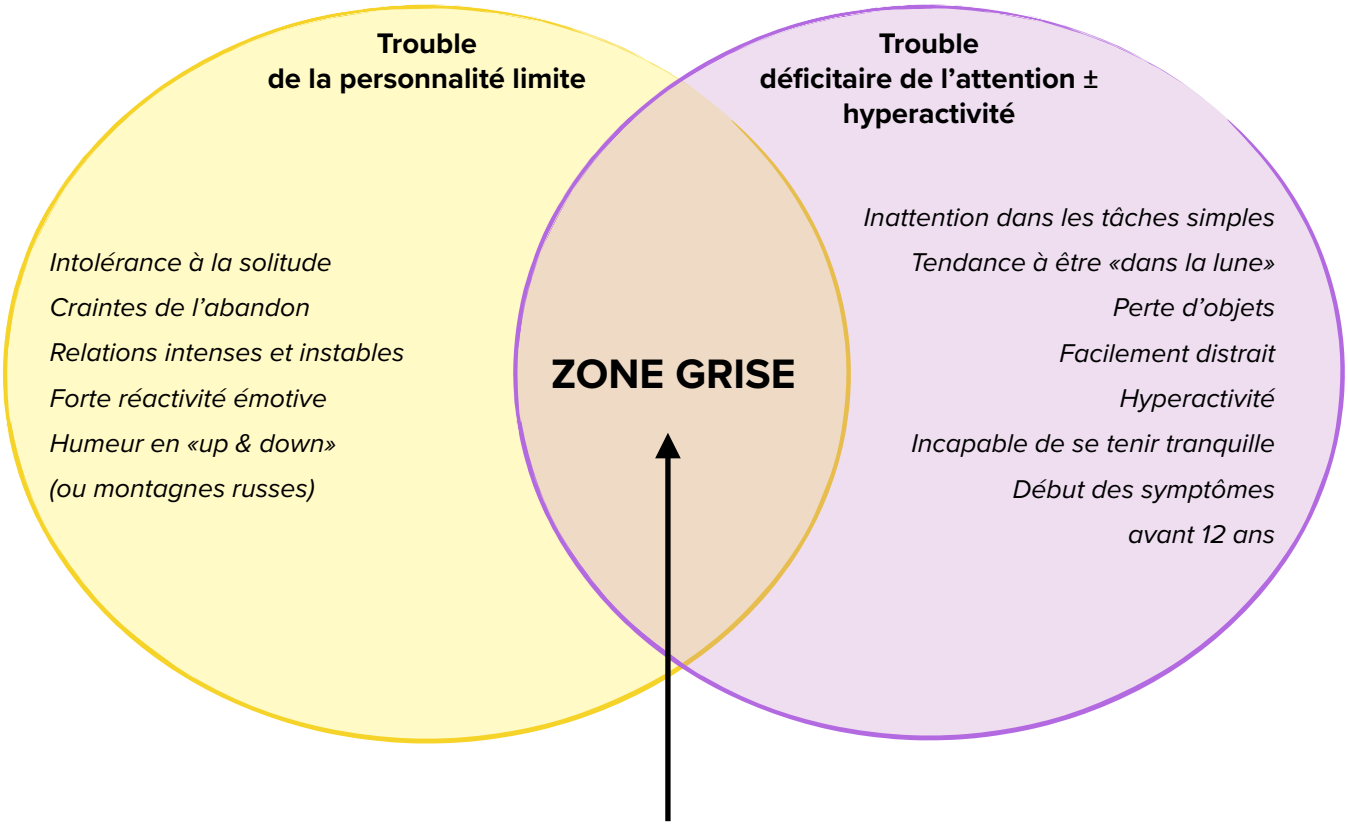
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET COMORBIDITÉ

Trouble bipolaire et trouble de la personnalité limite, des troubles qui ont longtemps été pris l'un pour l'autre...

Signes et symptômes	TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE (TPL)	**TROUBLE BIPOLAIRE** *(MALADIE AFFECTIVE BIPOLAIRE / MANIACO-DÉPRESSION)*
Impulsivité	• **L'impulsivité est présente régulièrement** • **Mode de fonctionnement au long cours de telle sorte que l'individu est décrit par ceux qui le connaissent comme intense et impulsif «de nature»** • **Le plus souvent déclenchée par des situations de vie, des difficultés relationnelles, des émotions intenses, etc.**	• L'impulsivité est présente uniquement dans des épisodes hypomaniaques ou maniaques (période de «high») • Tranche clairement avec le fonctionnement habituel de l'individu
Variabilité des humeurs	• **Variations très fréquentes des humeurs** • **Rare stabilité prolongée** • **Souvent comparée à des montagnes russes** • **Variations des humeurs souvent associés à des stress, des événements relationnels**	• Habituellement d'humeur stable (à l'extérieur des périodes actives de la maladie) • Oscillations lentes entre l'euphorie ou l'irritabilité (soutenue de façon continue sur au moins 1 semaine) et la tristesse (soutenue de façon continue sur au moins 2 semaines) • Lors des épisodes de la maladie, l'humeur est très différente de l'humeur habituelle • Les variations ne sont pas spécifiquement associées à des déclencheurs, des stress, …
Fonctionnement relationnel	• **Relations le plus souvent intenses et instables (surtout les relations rapprochées ou intimes)**	• Relations normalement stables sauf dans les périodes de manie ou de dépression
Gestes suicidaires, automutilation et sentiment de vide intérieur	• **Souvent présents**	• Rares… • Ne sont pas des critères de trouble bipolaire
Traitement pharmacologique	• **La médication peut être utile pour des symptômes précis ou pour les troubles comorbides.** • **L'efficacité demeure le plus souvent limitée** • **Utilisation occasionnelle** • **Souvent temporaire**	• Médication nécessaire à long terme, sinon fort risque de rechute en hypomanie/manie ou dépression

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET COMORBIDITÉ

Trouble de la personnalité limite et TDAH, des troubles qui partagent certains symptômes… et qui sont fréquemment associés.



Impulsivité
Agressivité / colère
Forte recherche de nouveauté
Organisation de vie difficile
Faible capacité de planification
Difficultés à se conformer aux règles

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET COMORBIDITÉ

À mon avis, est-ce que j'ai d'autres difficultés qui accompagnent mon trouble de la personnalité limite ?

Si je me reconnais dans d'autres difficultés que le trouble de la personnalité limite, **je peux me renseigner** à ce sujet (*voir la section ressources - autres troubles associés au trouble de la personnalité limite sur le site* www.personnalite.ca) et **j'en parle à mon intervenant ou à mon médecin** pour établir un plan d'action par rapport à ces difficultés.

LA PHARMACOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

La médication peut aider… mais ce n'est pas le traitement de 1er choix.

- Même si l'utilisation de la médication chez les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite est fréquente, **les évidences scientifiques ne démontrent pas que ce sont les médicaments qui traitent ou qui «guérissent» ce trouble**.
- Les médicaments sont **le plus souvent utilisés pour diminuer les symptômes** du trouble de la personnalité limite **dans les périodes de forte émotivité ou à plus haut risque d'impulsivité** *(p.ex. insomnie, envahissement par l'anxiété, le désespoir ou la colère, etc.)*. Idéalement, après la résolution de ces périodes de crise émotive, la médication serait progressivement diminuée et cessée.
- La médication peut également **cibler les conditions que l'on appelle comorbides** (*c'est-à-dire que l'on retrouve en plus du trouble de la personnalité*), par exemple un épisode dépressif, un trouble anxieux, un trouble de stress post-traumatique ou un TDAH.

Antidépresseurs

Quelques exemples : Citalopram (Celexa®), Escitalopram (Cipralex®), Fluoxétine (Prozac®), Sertraline (Zoloft®), Venlafaxine XR (Effexor XR®), Bupropion (Wellbutrin®), etc.

- ✓ Les antidépresseurs sont le traitement de 1er choix pour les épisodes dépressifs et les troubles anxieux. Ils ne sont toutefois pas reconnus efficaces pour le trouble de la personnalité limite. Ils peuvent donc être **utilisés si un trouble dépressif ou anxieux est présent en comorbidité**.
- ✓ Ils sont largement utilisés et **habituellement bien tolérés**.
- ✓ **Il faut être patient** ! Avec une prise quotidienne, il faut attendre quelques semaines avant d'évaluer s'ils ont un effet significatif.
- ✓ Les oublis peuvent entraîner ce que l'on appelle des «symptômes de sevrage». **Il faut donc habituellement diminuer progressivement les antidépresseurs lorsque l'on veut les arrêter**, avec la collaboration de notre médecin ou pharmacien.
- ✓ Certains **effets indésirables** sont à surveiller, notamment sur la **sexualité** (*p.ex. baisse de libido, etc.*). Il ne faut pas hésiter à aborder de tels effets avec votre médecin ou pharmacien.

LA PHARMACOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Antipsychotiques

Quelques exemples : Quetiapine (Seroquel®), Olanzapine (Zyprexa®), Risperidone (Risperdal®), Aripiprazole (Abilify®), etc.

- ✓ Les antipsychotiques, selon la dose prescrite, ont de nombreuses utilisations possibles en santé mentale.
- ✓ Pour les difficultés liées au trouble de la personnalité limite, ils sont **habituellement utilisés à petites doses pour diminuer l'émotivité** (*anxiété, impulsivité*) et **aider au sommeil** dans les périodes émotives et de stress important.
- ✓ Ils ont toutefois des **effets indésirables à surveiller**, surtout sur l'augmentation de l'appétit et sur le plan métabolique (*p.ex. prise de poids*).

Stabilisateurs de l'humeur

Quelques exemples : Lamotrigine (Lamical®), Acide Valproïque (Epival®), Lithium, Topiramate (Topamax®), etc.

- ✓ Les stabilisateurs de l'humeur sont des médicaments reconnus efficaces principalement pour le trouble bipolaire.
- ✓ Ils sont **parfois utilisés pour tenter des diminuer l'instabilité émotive ou comportementale** retrouvées dans le trouble de la personnalité limite.
- ✓ L'efficacité demeure tout au plus légère et les recherches tendent à démontrer que **les effets indésirables et les risques associés sont supérieurs aux bénéfices espérés**. Ils sont donc relativement peu utilisés...

LA PHARMACOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Pour le sommeil

- ✓ L'utilisation de médication pour les difficultés de sommeil est **fréquente**, toutefois son **efficacité demeure limitée** et **son utilisation régulière à long terme** (*tous les jours sur une période de plus de 6-8 semaines*) **est à déconseiller** compte tenu des effets indésirables (*baisse de la vigilance, troubles cognitifs, somnolence matinale, ...*) et du risque de dépendance.
- ✓ Les **benzodiazépines** (*Lorazepam (Ativan®), Clonazepam (Rivotril®), etc.*) sont fréquemment prescrites mais elles **ne sont pas recommandées** pour traiter l'insomnie primaire compte tenu de leurs effets indésirables.
- ✓ Le plus souvent, des médicaments avec un **moindre potentiel d'effets indésirables** (Zopiclone (Imovane®), trazodone (Desyrel®), Quetiapine (Seroquel®)) seront utilisés, toujours **en visant une intervention pharmacologique à court terme** (moins de quelques semaines).
- ✓ Les personnes qui présentent des problèmes d'i**nsomnie chronique** seront encouragées à travailler leur **hygiène du sommeil** ou dirigées vers des ressources d'**interventions cognitives-comportementales** du sommeil. Visitez le site **ici** pour les ressources en lien avec le sommeil.

Une approche en collaboration avec votre prescripteur...

- ✱ Il est normal de **réévaluer votre médication selon l'évolution de vos difficultés** (*p.ex. après la résolution d'une période de crise émotive*) **ou selon les autres traitements que vous recevez** (*p.ex. lorsque vous apprenez des outils de gestion des émotions en psychothérapie*). **N'hésitez pas à en discuter avec votre prescripteur** pour trouver les interventions qui conviennent le mieux à votre situation particulière.

LA PHARMACOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Quelle est ma médication ? À mon avis, lesquels de ces médicaments me sont utiles ?

Est-ce que j'aimerais discuter de certaines choses avec mon prescripteur ? *(p.ex. les effets indésirables de ma médication, les raisons de la prescription de mes médicaments, la durée du traitement, etc.)*

Les renseignements retrouvés sur cette fiche psychoéducative sont **à titre indicatif seulement**. Votre situation personnelle demeure **unique**. Pour cette raison, s**i vous avez des questions par rapport à votre médication ou à votre traitement en général, discutez-en avec votre intervenant ou votre médecin** pour établir un plan d'action qui vous convient, en collaboration avec eux.

LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

La psychothérapie, mieux se comprendre pour mieux s'aider !

- Les études démontrent que **la psychothérapie est efficace** pour traiter les difficultés liées au trouble de la personnalité limite. De **nombreuses modalités de psychothérapie peuvent être utiles**. Certaines sont des interventions **simples** (*p.ex. lectures et psychoéducation*), d'autres ont une **approche spécifique** au trouble de la personnalité limite tout en demeurant accessible (*p.ex. l'approche du Good Psychiatric Management*) et d'autres sont des **thérapies spécialisées**, malheureusement moins répandues (*p.ex. thérapie dialectique-comportementale, thérapie basée sur la mentalisation, thérapie focalisée sur le transfert, thérapie des schémas, etc.*)

Les <u>principes communs</u> des approches de psychothérapies efficaces :

- Un **cadre clair** *(les rôles de chacun, les objectifs du traitement, la gestion des crises émotives)*
- Une emphase sur le fait de **relier les comportements** dommageables à des **déclencheurs** et à des **états d'esprit** *(émotions, pensées, etc.)*
- La présence de **soutien** et **validation**
- Un **rôle actif du participant** (*la mise en action et la responsabilisation dans une reprise de pouvoir*)
- Un **rôle actif du thérapeute** (*le thérapeute est présent, intéressé et aide à établir des objectifs, etc.*)
- L'importance de **l'équipe de thérapie** et de la **supervision** du thérapeute

Les objectifs de la psychothérapie pour le trouble de la personnalité limite :

- L'objectif n'est pas de «changer de personnalité» ou de «devenir quelqu'un d'autre» !
- L'objectif est de **mieux saisir ce qui peut causer chez soi des réactions émotives et des comportements impulsifs** et de **développer des stratégies** (de différentes façons selon les modalités de thérapie) **pour «ralentir» les choses** et **éviter les comportements reconnus dommageables.**
- Ultimement, la psychothérapie **devrait nous aider à avoir une vie que l'on juge satisfaisante et «digne d'être vécue»**

LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Thérapie dialectique-comportementale (TCD)

- La TCD est une **thérapie centrée sur les émotions**. Elle intègre les **technologies du changement**, les **principes d'acceptation** et la **philosophie dialectique**.
- Elle vise à **aider la personne à atteindre ses buts ultimes** en résolvant les obstacles personnels à l'atteinte de ceux-ci.
- Elle réalise cet objectif via **l'apprentissage de compétences** à mettre en place dans sa vie de tous les jours. Les compétences seront apprises à travers plusieurs modules : **tolérance à la détresse**, **pleine conscience**, **efficacité interpersonnelle**, **régulation des émotions**.
- La TCD complète vise **cinq fonctions**: **augmenter les capacités de la personne**, **augmenter sa motivation**, **l'aider à pouvoir utiliser ses compétences en tout temps** (généraliser l'application des compétences), augmenter la capacité et la motivation des thérapeutes via un **travail d'équipe soutenu**, et **structurer l'environnement de la personne d'une façon à soutenir les changements** qu'elle apporte ou à tout le moins ne pas nuire à ceux-ci.

Pour plus d'informations :

Visitez le site web
tcdmontreal.com

TCD Montréal

LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

- La **mentalisation**, c'est la **capacité de se représenter ce qui se passe dans notre esprit** et **dans celui des autres en termes d'états mentaux** : les émotions, les attentes, les croyances, etc.)
- **Plus nous devenons émotif, plus il est difficile de mentaliser**... On perd alors rapidement de vue la nuance des états d'esprit : **on devient catégorique** dans nos pensées, on est convaincu de ce qu'il y a dans les états d'esprit d'autrui, etc. **C'est souvent dans ces moments que les conflits relationnels surviennent** ou que les **comportements impulsifs et dommageables se produisent**.
- Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite, compte tenu de leur hypersensibilité émotionnelle, sont **plus à risque de perdre cette capacité à mentaliser**, et **prendront souvent plus de temps pour la récupérer**.
- **L'objectif** de cette psychothérapie est donc réussir à mieux **remarquer les moments lors desquels nous perdons notre capacité à mentaliser**, à **ralentir nos pensées**, **s'intéresser** à ce qui se passe pour nous lors de tels moments et à se **pratiquer à reprendre notre capacité à mentaliser** plus rapidement. On travaille ici notre résilience face aux événements stressants de notre vie personnelle et relationnelle.

Pour plus d'informations :

Visitez le site web
https://www.psychopap.com/mentalisation/

PSYCHOPAP
Ressource en psychothérapie

Ressources

Site web

Association québécoise
Pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité

personnalite.ca

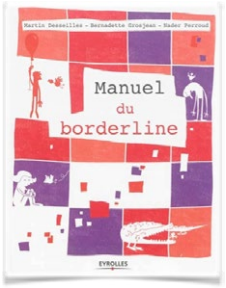
Association québécoise pour les soins et la recherche en troubles de la personnalité

TCD Montréal

tcdmontreal.com

Outils de thérapie dialectique comportementale

Bibliothérapie

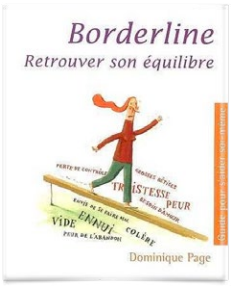


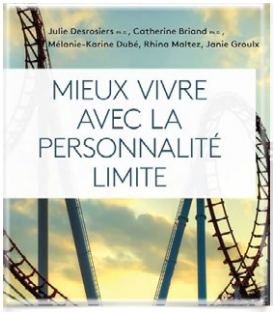
Manuel du borderline

de Martin Desseuilles et al.

Borderline : Retrouver son équilibre

de Dominique Page





Mieux vivre avec la personnalité limite

De Julie Desrosiers, Catherine Briand, Mélanie Dubé, Rhina Maltez, Janie Groulx

Pour les proches

sashbear.org

La Fondation Sashbear est le diffuseur officiel du programme Connexions familiales au Canada.

Il s'agit d'un organisme reconnu comme principal porte-parole pour les familles canadiennes affectées par la dysrégulation des émotions, la suicidalité et les problèmes de santé mentale connexes.

Arborescence

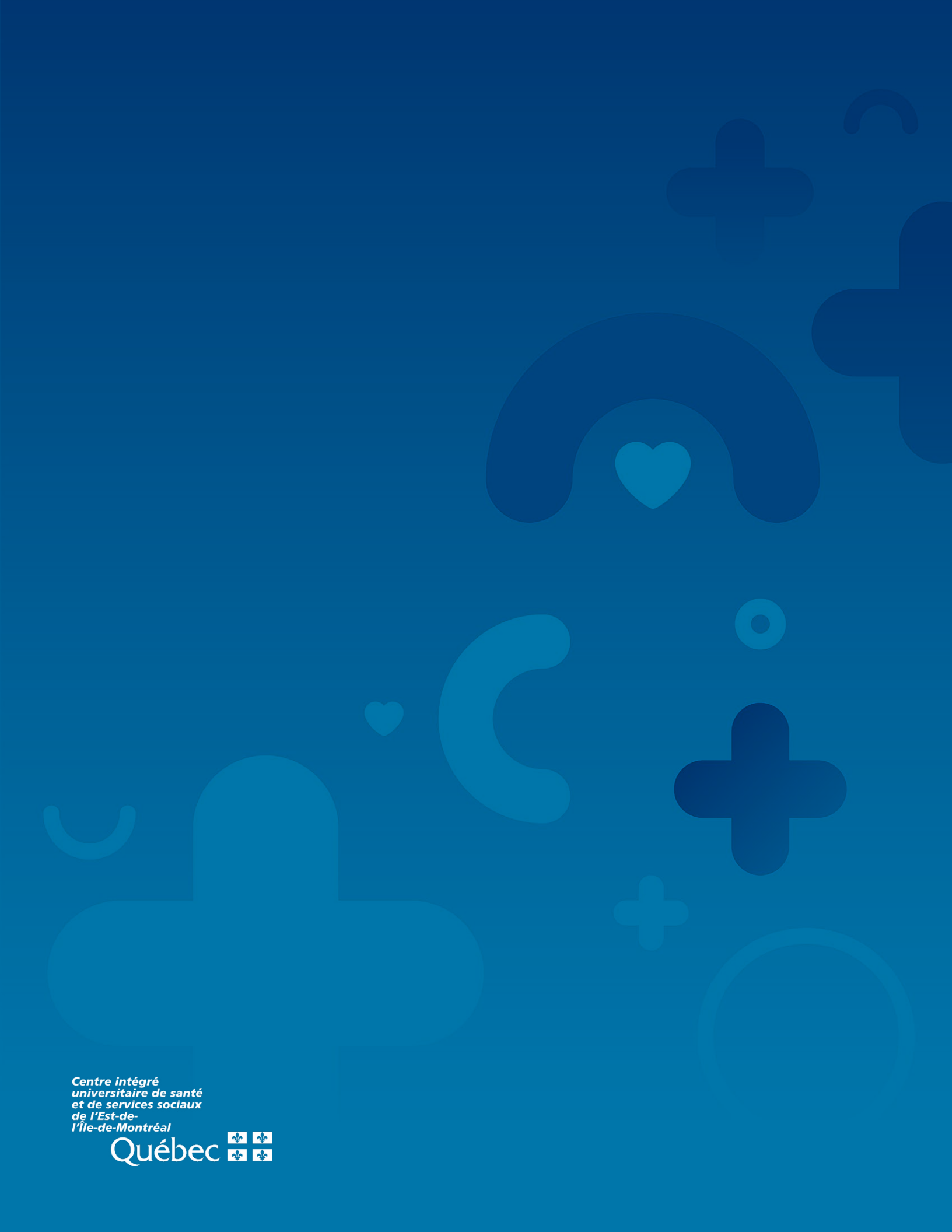
Arborescence.quebec

Nous accompagnons les familles et l'entourage d'une personne composant avec un trouble de santé mentale.

Vivre avec un proche impulsif, intense, instable

de Sandra D'Auteuil et Caroline Lafond

©2026, Poirier, Houde, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
Tous droits réservés.



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec