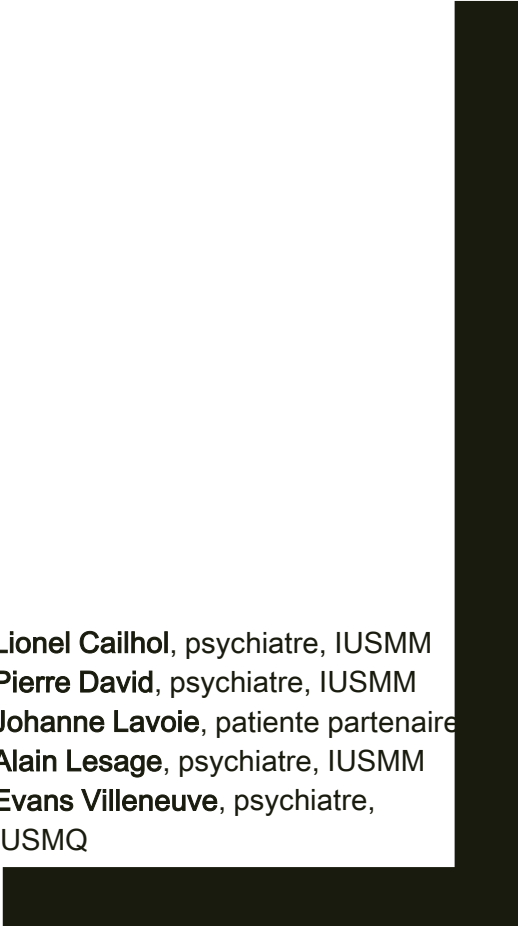




***VERS UNE PROGRAMMATION POUR  
LES TROUBLES DE LA  
PERSONNALITÉ***

***ATELIER B3***

Lionel Cailhol, psychiatre, IUSMM  
Pierre David, psychiatre, IUSMM  
Johanne Lavoie, patiente partenaire  
Alain Lesage, psychiatre, IUSMM  
Evans Villeneuve, psychiatre,  
IUSMQ



---

## Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

## Soins par étape (CNESM)

– P. David

---

## Formation des intervenants

– E. Villeneuve

---

## Évaluation des programmes

– A. Lesage

---

## Discussion des sujets

– J. Lavoie

---

## Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

Soins par étape (CNESM)

– P. David

---

Formation des intervenants

– E. Villeneuve

---

Évaluation des programmes

– A. Lesage

---

Discussion des sujets

– J. Lavoie

# Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services

- Dr Lionel Cailhol, Éric Pelletier, Louis Rochette, Dr Évens Villeneuve, Dr Lise Laporte, Dr Pierre David, Dr Alain Lesage, Dre Suzanne Renaud et Dre Marion Koch

Mai 2018

**BiESP** BUREAU D'INFORMATION  
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ  
DES POPULATIONS

Secteur surveillance des troubles  
mentaux et des maladies  
neurologiques

# Trouble de la personnalité

Groupe A

Groupe B

Groupe C

Paranoïaque

Schizoïde

Schizotypique

Limite

Histrionique

Antisocial

Narcissique

Évitant

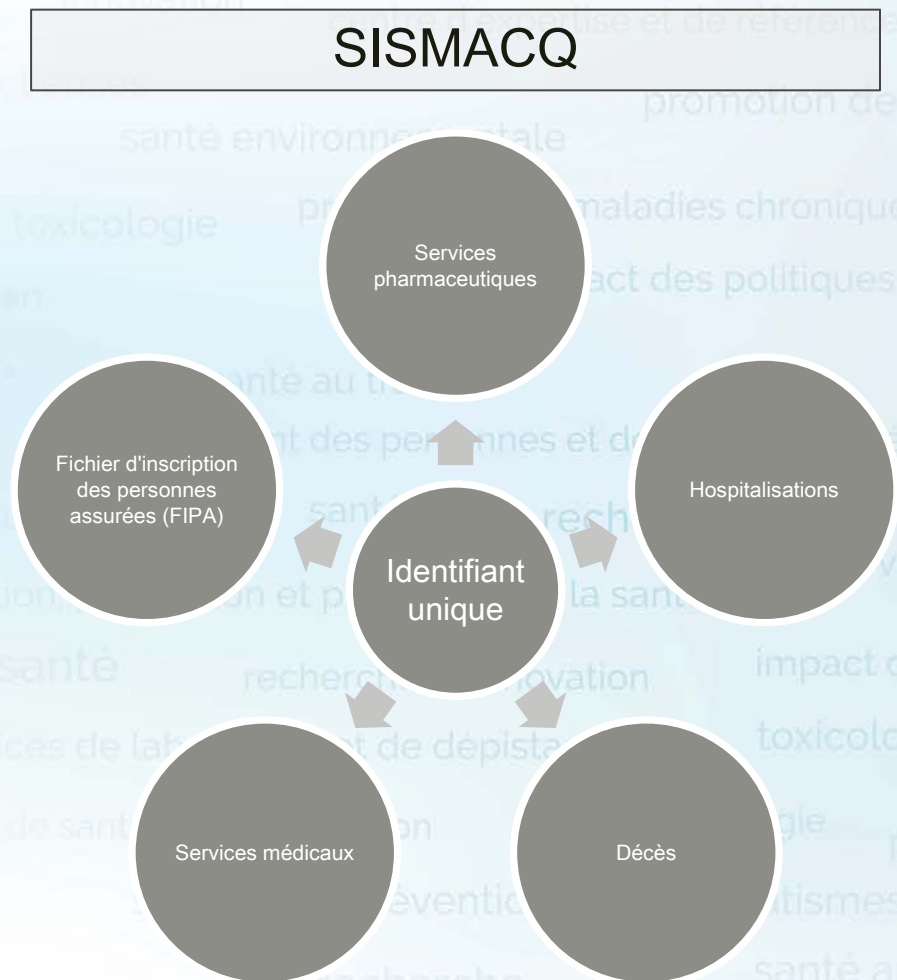
Dépendant

Obsessionnel-Compulsif

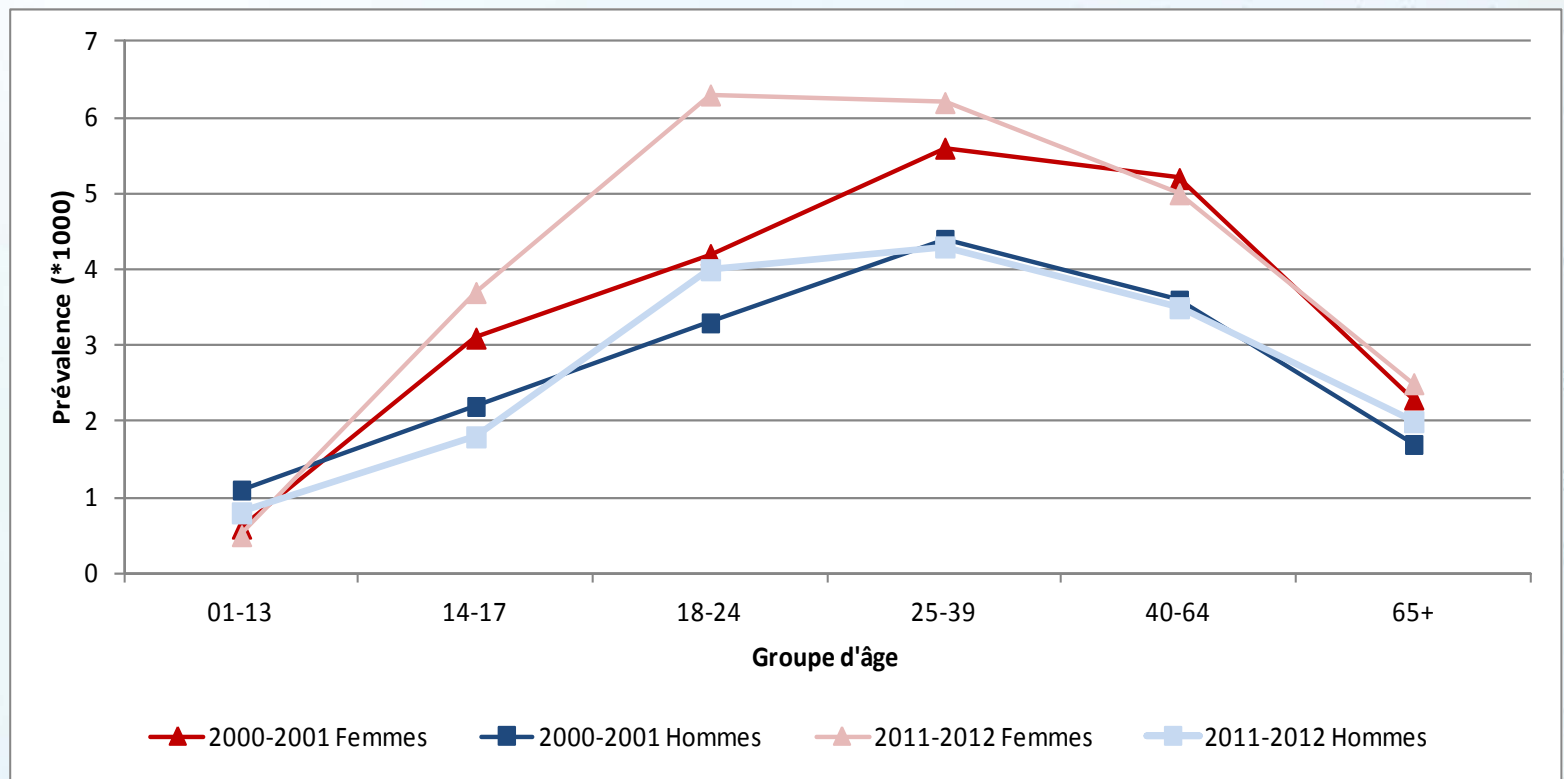


# Surveillance des maladies chroniques à l'INSPQ

- *Mandat confié par le MSSS pour la surveillance des maladies chroniques*
- *Participation au Système canadien de surveillance des maladies chroniques*
- *Maladies diagnostiquées par des médecins*



# Prévalence annuelle du groupe B selon l'âge et le sexe, Québec, 2000-2001 et 2011-2012



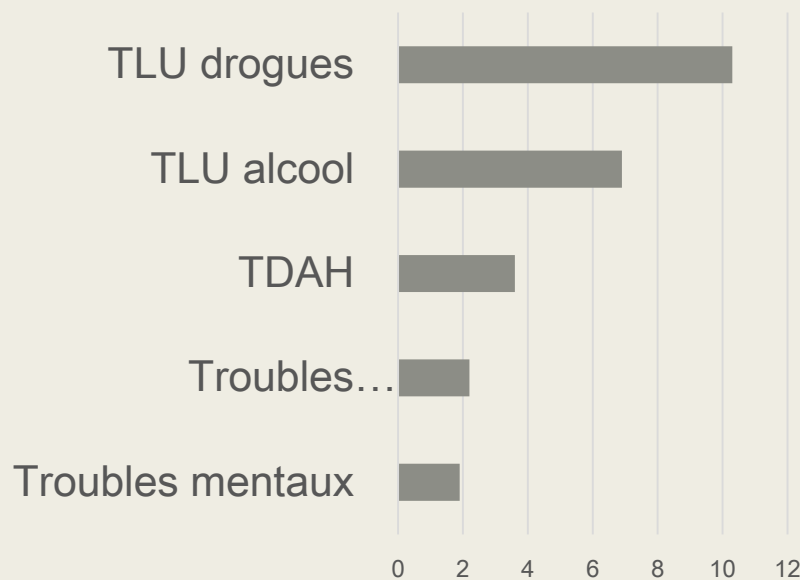
# Nombre et prévalence ajustée annuelle et à vie, des troubles de la personnalité du groupe B selon la région sociosanitaire, Québec, 2011-2012

	Prévalence à vie		
	Nombre	Prévalence (*1 000)	Int.Conf à 95 %
Bas-Saint-Laurent	6 005	30,0	29,2-30,8
Saguenay—Lac-St-Jean	7 230	26,6	25,9-27,2
Capitale-Nationale	22 280	31,4	31,0-31,8
Mauricie-Centre-du-Québec	14 200	29,0	28,5-29,5
Estrie	12 330	40,2	39,4-40,9
Montréal	46 125	24,5	24,3-24,7
Abitibi-Témiscamingue	3 225	22,5	21,7-23,3
Côte-Nord	2 455	26,2	25,2-27,3
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	2 440	26,2	25,1-27,3
Chaudière-Appalaches	11 070	27,2	26,7-27,7
Laval	9 325	23,4	22,9-23,9
Lanaudière	10 550	22,0	21,5-22,4
Laurentides	13 865	25,6	25,2-26,0
Montérégie	37 750	26,1	25,9-26,4
Québec	207 369	26,0	25,9-26,1

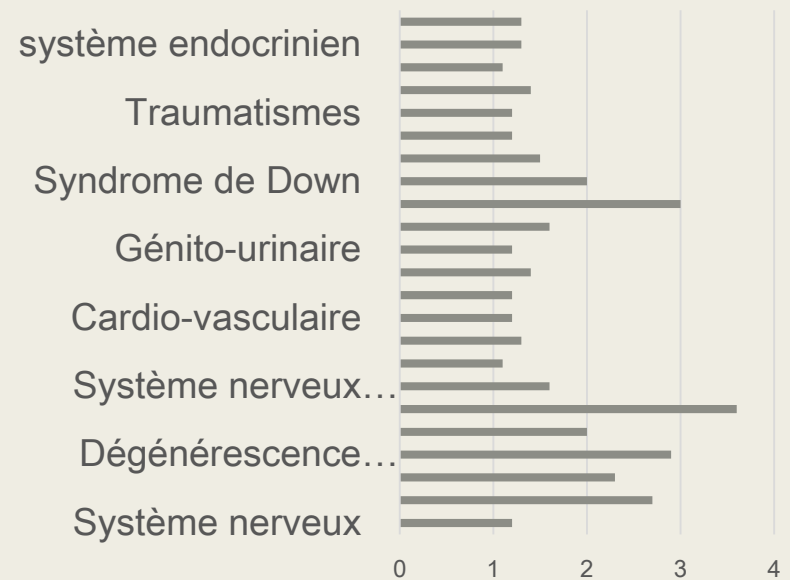


# Comorbidités avec le TP groupe B

Rapport de taux pour les  
maladies psychiatriques  
comparé à la population  
générale



Rapport de taux pour les  
maladies physiques comparé  
à la population générale

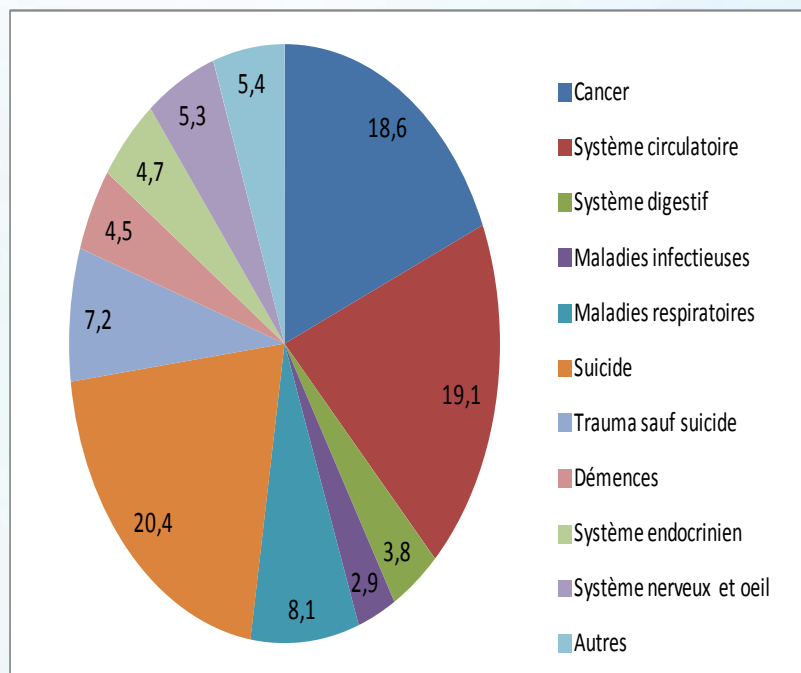


# Espérance de vie à 20 ans

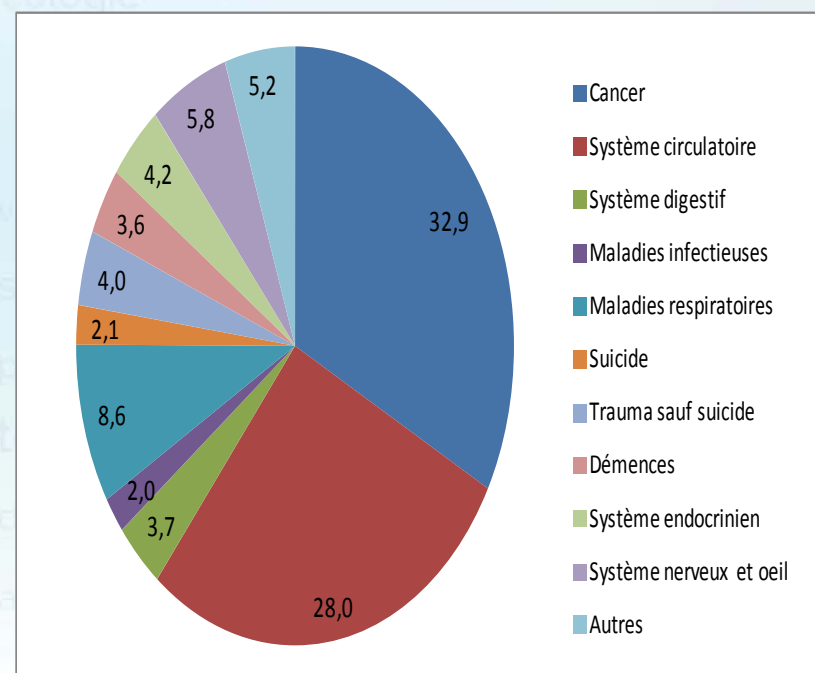


# Proportion (%) des causes de décès des personnes atteintes ou non de troubles de la personnalité du groupe B, Québec, 2000-2009

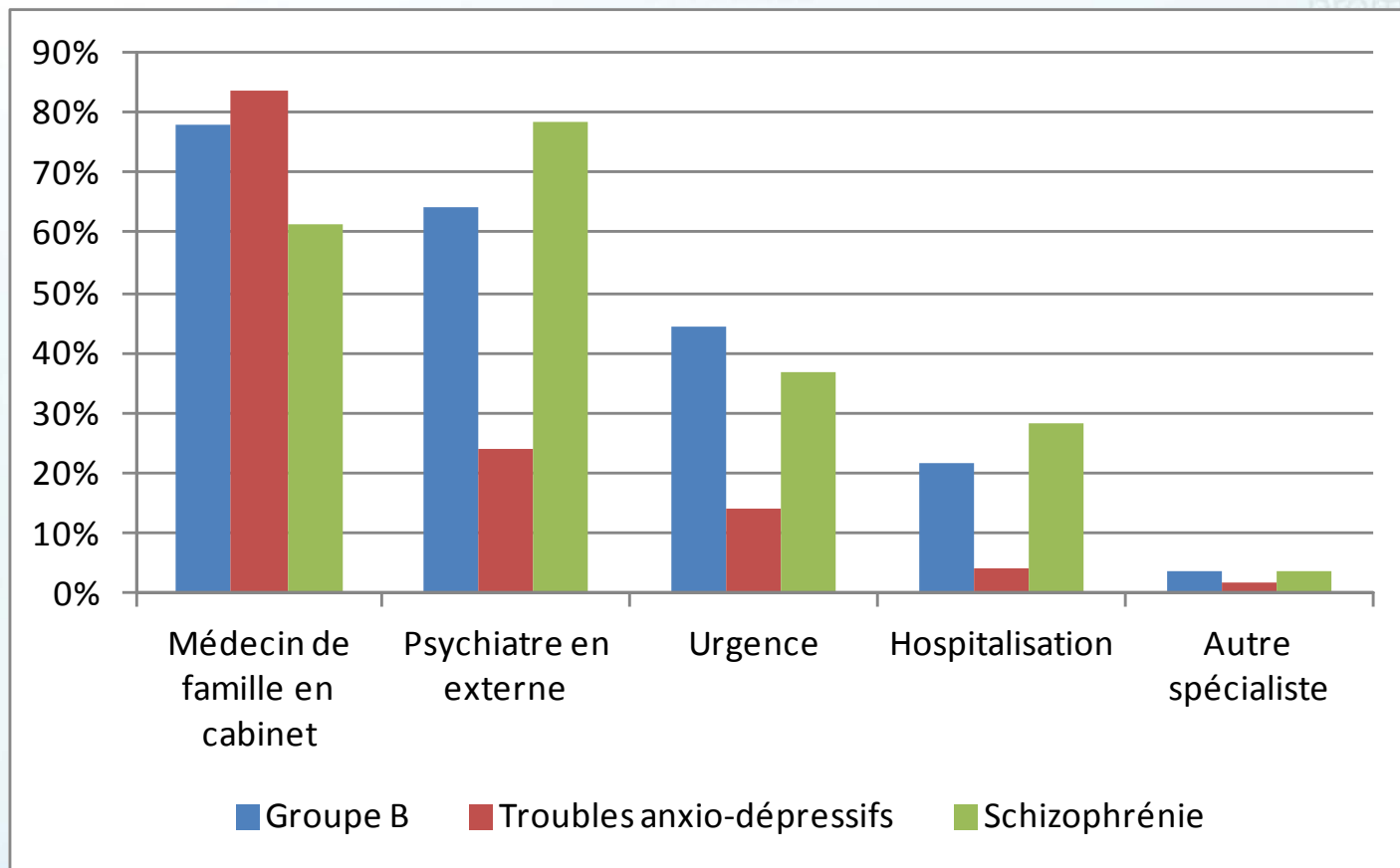
## Avec TP du groupe B



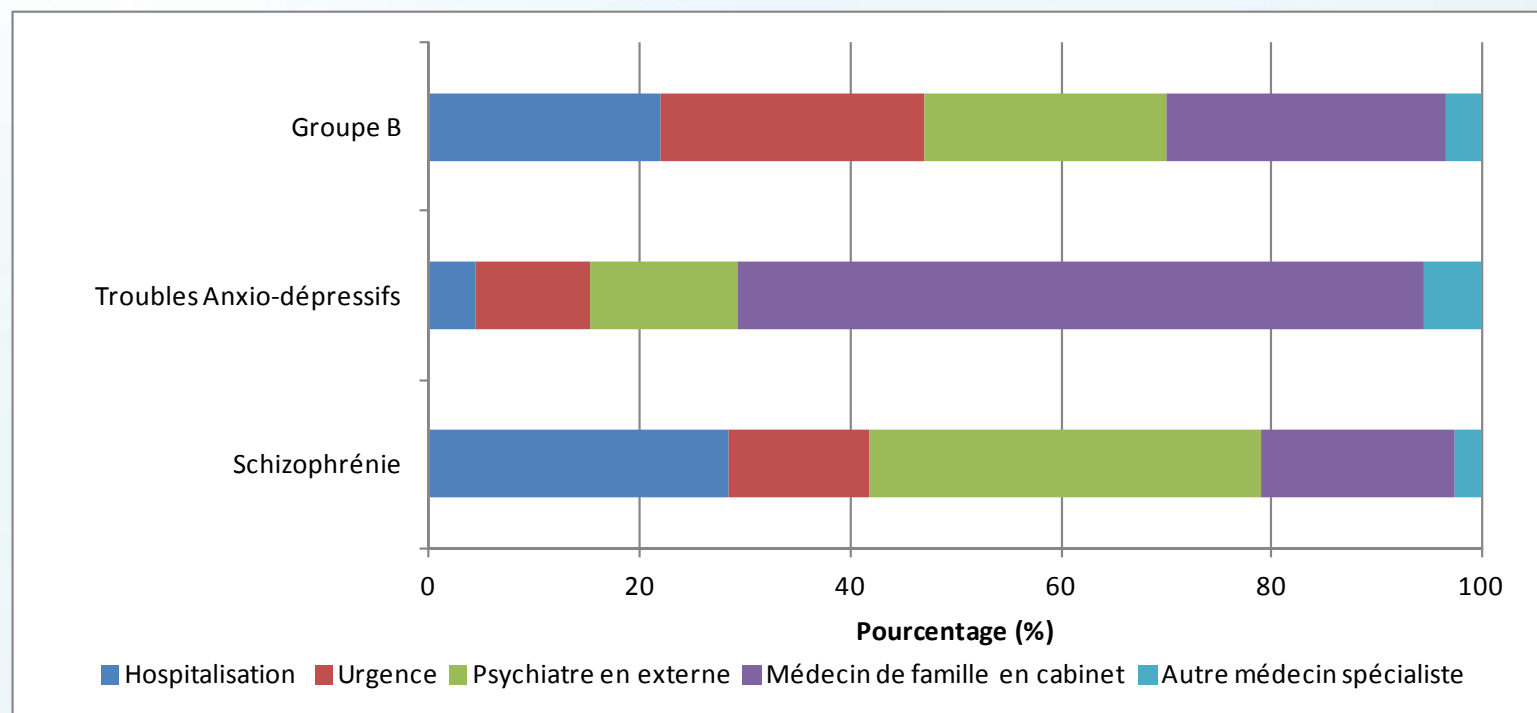
## Sans TP du groupe B



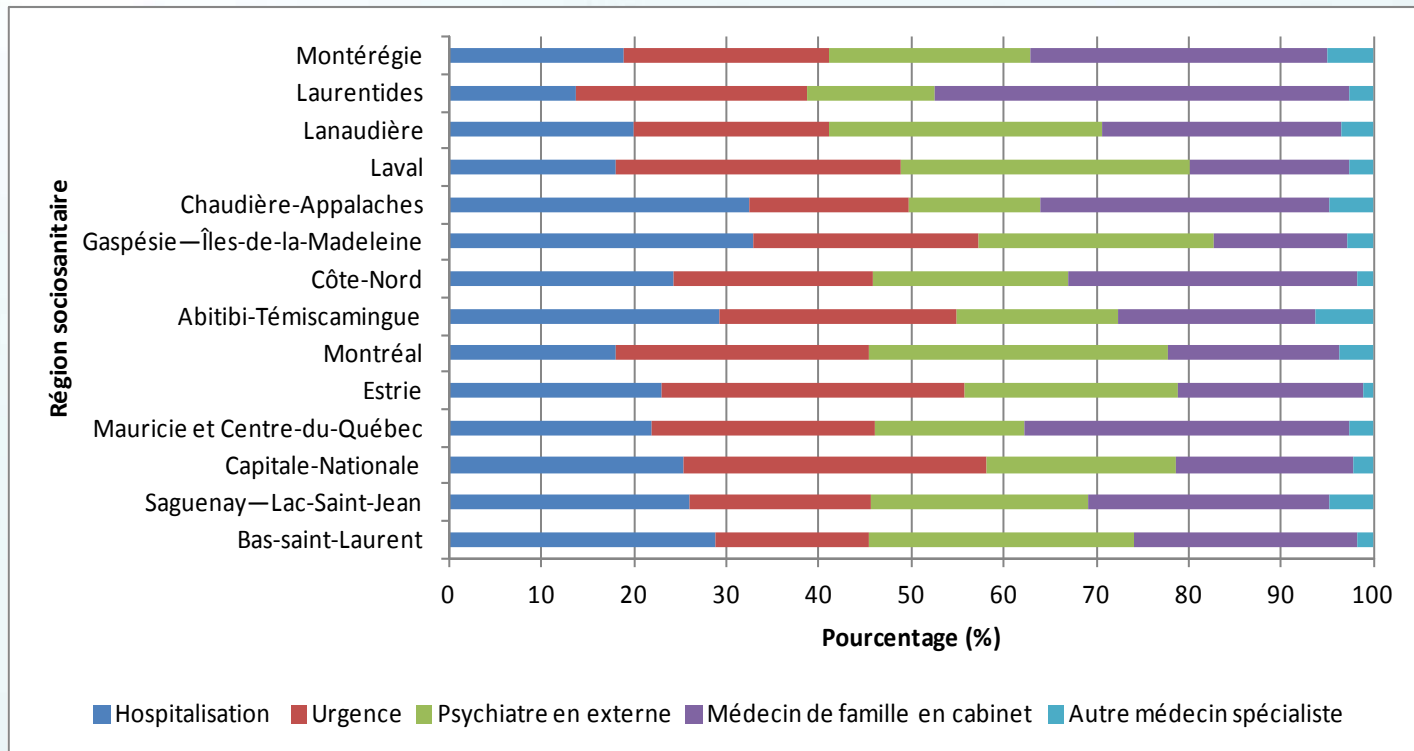
# Profil d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, Québec 2011-2012



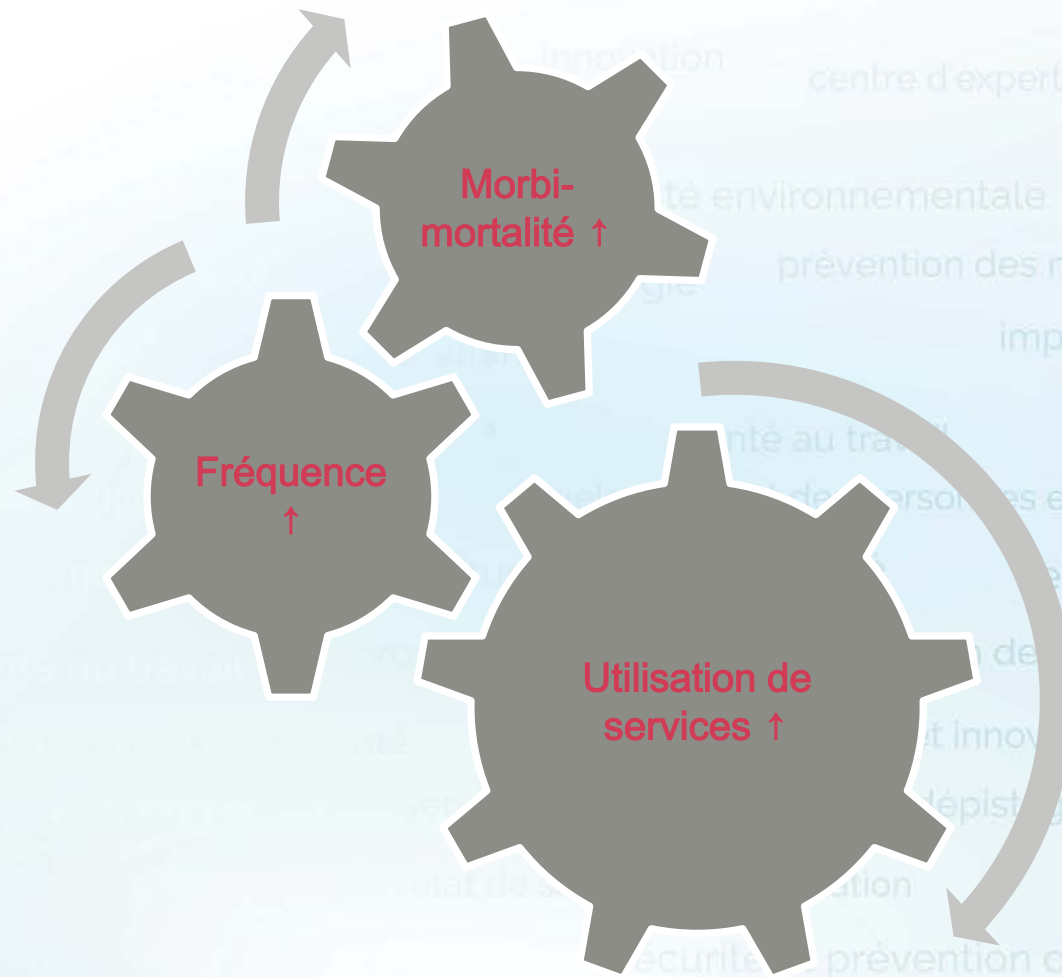
# Profil hiérarchique d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, sexes regroupés, Québec 2011-2012



# Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale (groupe B) selon la région sociosanitaire, Québec, 2011-2012



# État des lieux



---

Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

**Soins par étape (CNESM)**

**– P. David**

---

Formation des intervenants

– E. Villeneuve

---

Évaluation des programmes

– A. Lesage

---

Discussion des sujets

– J. Lavoie

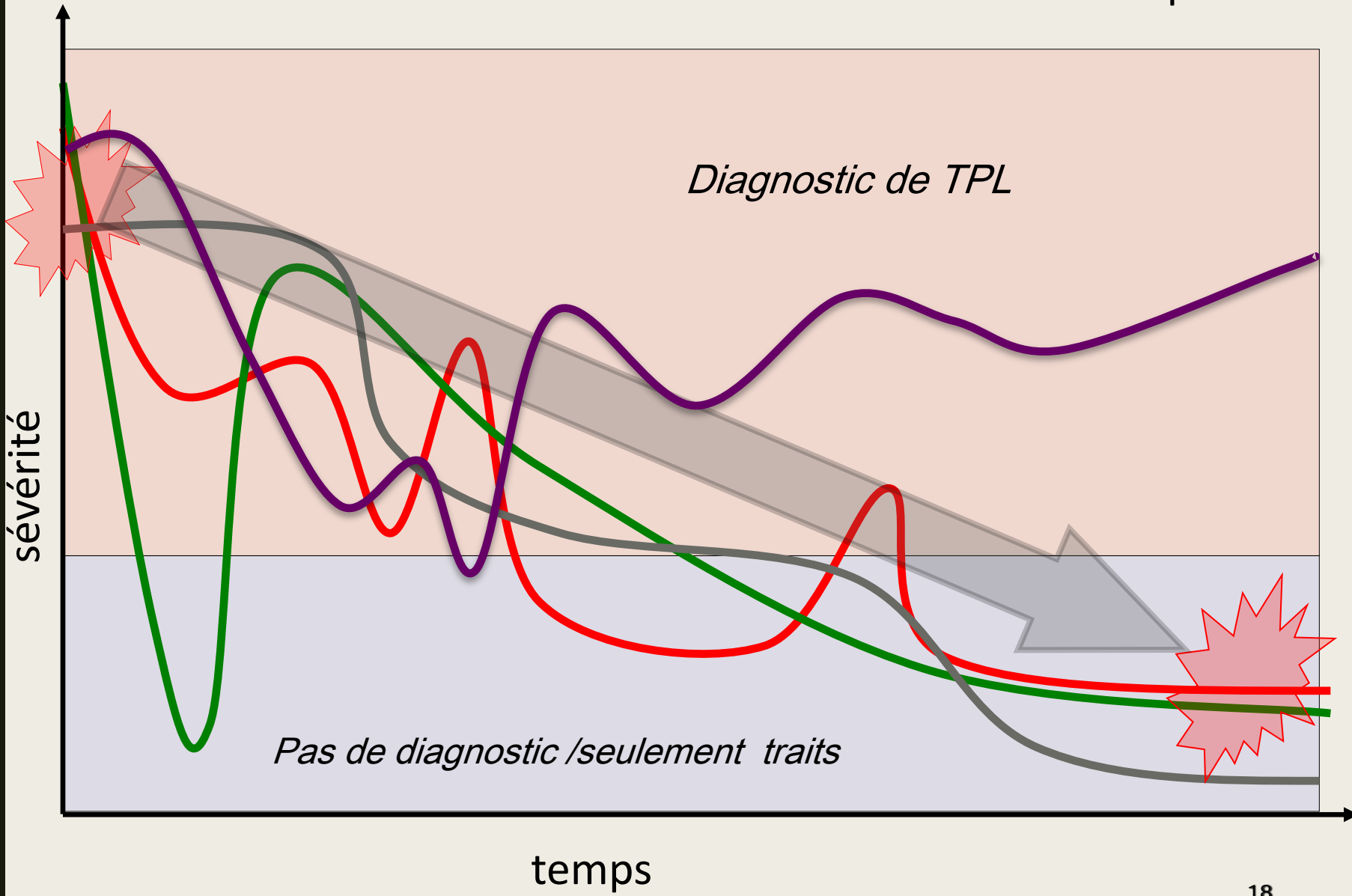




# Évolution et traitements reconnus efficaces

- Historiquement, les clientèles avec un trouble de personnalité limite (TPL) ont été considérées comme « chroniquement » dysfonctionnelles et peu traitables
- Changement récent de paradigme en ce qui a trait à l'évolution et au traitement des personnes ayant un trouble de la personnalité (tous types confondus) et du TPL en particulier
  - Même si, les personnes ayant un TPL ont des parcours hétérogènes, la symptomatologie peut s'améliorer relativement rapidement
  - 50 % des personnes sont en rémission (moins de 5 critères diagnostics du TPL) après 2 ans

# Évolution au fil du temps





# Bénéfices des traitements

- Au cours des dernières décennies, plusieurs thérapies structurées (DBT, TBM, PFT, TCS, ...) à moyen-long terme (1 an et plus) se sont montrées efficaces (avec réponse thérapeutique souvent excellente)
- Quelques adaptations de ces thérapies ont été mises en place au Québec et ailleurs.
- Des guides de pratiques et des consensus d'experts existent et permettent maintenant de mieux baliser la prestation de soins. Les modèles de soins:
  - sont structurés
  - intègrent de la psychoéducation
  - associent thérapies individuelles et de groupe, cadres et contrats thérapeutiques, supervision
  - visent un système concerté et cohérent comme nouvelle norme de traitement pour ce trouble

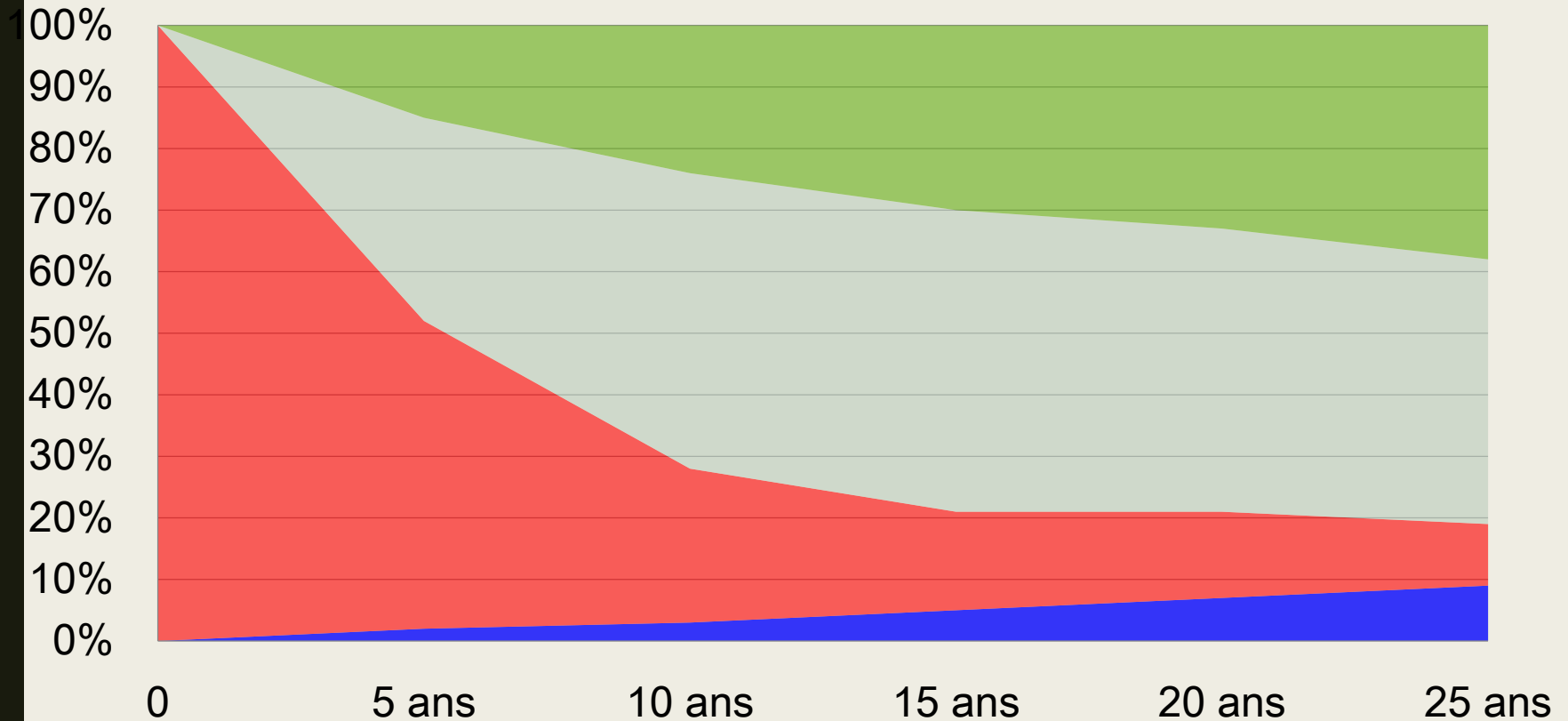


# Bénéfices des traitements

- Cependant, ces thérapies sont:
  - très coûteuses, peu accessibles et avec de longues listes d'attente.
  - associées à des taux d'abandon d'environ 35%
  - souvent difficiles à maintenir (enjeu de travail d'équipe, d'épuisement, de manque de support administratif et financier)
- Les traitements long terme sont-ils toujours d'emblée nécessaires?
  - pas d'évidences scientifiques
  - souvent les patients ne sont pas disposés ou pas disponibles
  - certains patients sont moins sévèrement atteints ou peuvent bénéficier d'une intervention moins longue ou moins intensive
  - des recherches récentes suggèrent l'efficacité de structures de soins plus simples et disposant de moyens limités
- Enjeu de la perte du diagnostic vs amélioration du fonctionnement social

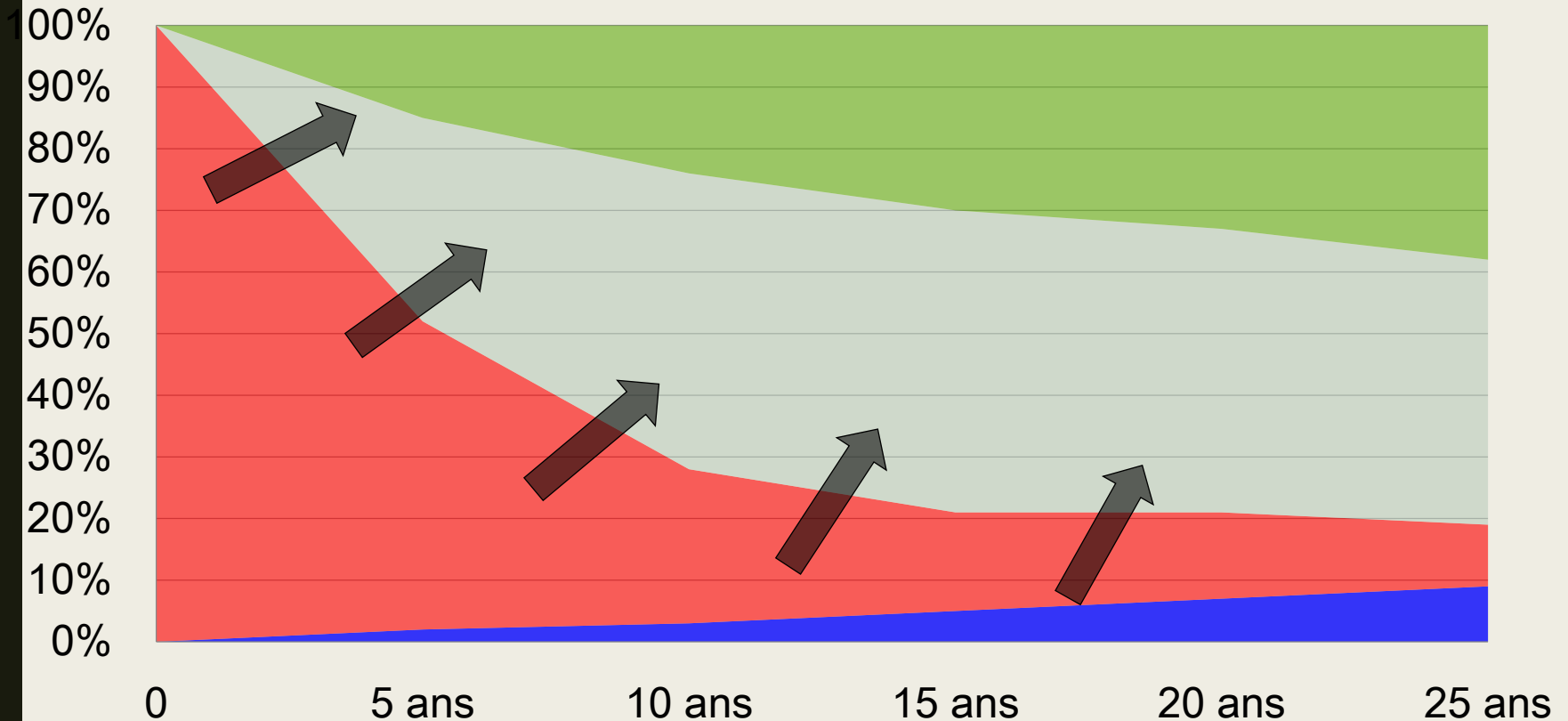
# Évolution des TPL (années)

- Suicide complété
- TPL / symptômes aigus
- TPL rémission sans réinsertion
- TPL rémission + réinsertion



# Évolution des TPL (années)

- Suicide complété
- TPL / symptômes aigus
- TPL rémission sans réinsertion
- TPL rémission + réinsertion





# Éléments à considérer au regard de la clientèle

- Difficultés diagnostiques
  - Présentations cliniques multiples
  - Comorbidité...
- Instabilité dans le suivi thérapeutique et arrêt de suivi
- Possibles effets iatrogènes
- Autres troubles de la personnalité et sous-types de pathologie sans traitement reconnu efficace à ce jour

# Éléments à considérer pour l'organisation des soins

- Diversité des demandes faites par les clientèles
- Grande disparité et précarité dans l'offre actuelle de soins avec parfois absence complète de services adaptés.

# Recommandations du CNESM

## Principes directeurs

- Offrir des **services spécifiques**, adaptés et basés sur les meilleures pratiques pour les clientèles présentant un TPL ou un trouble apparenté
- Établir des **services cohérents, intégrés et de collaboration** entre les différentes lignes et les prestataires de soins (services spécifiques et spécialisés) cela en lien avec les « meilleures pratiques », ce qui implique une philosophie et un vocabulaire communs
- Mettre en place **une organisation de soins par étape et par épisode de soins** (pour toutes les lignes de soins) tenant compte de la sévérité et la complexité de la problématique et de la capacité de la personne de bénéficiaire de l'intervention
- **Évaluer en continu** selon le requis clinique plusieurs dimensions de la personnalité (ex. : niveau de fonctionnement, impulsivité, dangerosité, risque suicidaire, intensité, motivation, comorbidité) afin de les référer au bon endroit
- Aussi on recommande de:
  - Impliquer ***la famille et les proches***
  - Fournir aux intervenants ***une formation*** (savoir-faire et savoir-être)
  - Fournir aux intervenants de ***la supervision clinique*** en continu
  - Offrir aux intervenants qui travaillent en enfance jeunesse une ***formation sur le dépistage et l'intervention auprès d'adolescents*** qui présentent un TPL





# Soins par étape (*stepped care*)

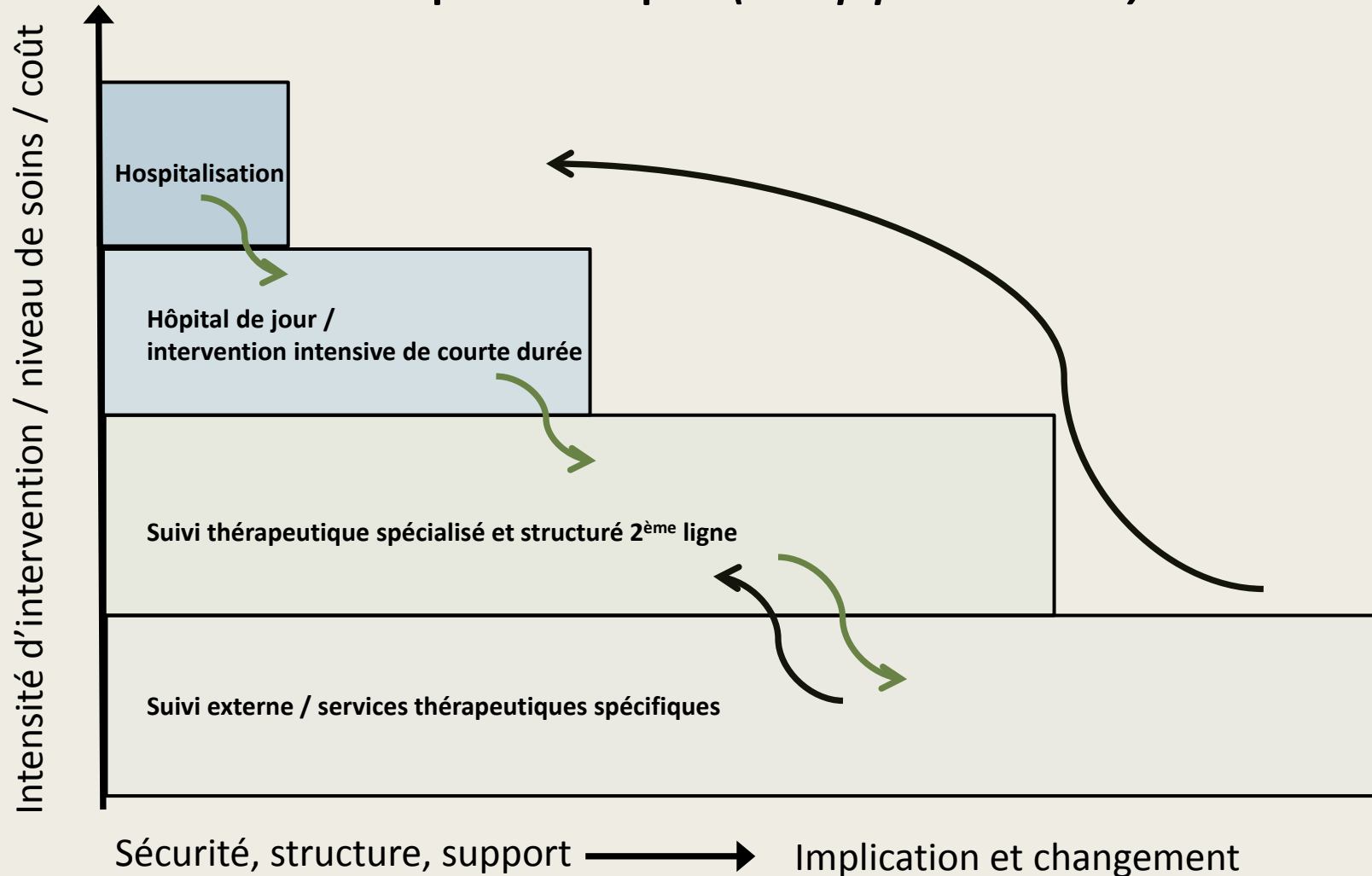
- Les modèles de soins en étapes se fondent sur une approche populationnelle
  - couvrant l'ensemble des besoins de santé d'une population
  - prenant en compte la complexité et l'intensité des symptômes
  - des caractéristiques personnelles et sociales et des préférences des usagers
- Les modèles de soins par étapes sont le plus souvent décrits comme l'interaction de deux principes (Richards & al, 2012)
  - le principe du «**moins de fardeau**»
    - une intervention probante (efficace) de basse intensité est offerte en premier
    - les traitements de plus haut niveau d'intensité sont offerts aux personnes à risque pour elles-mêmes ou pour autrui, qui ont des antécédents d'échecs thérapeutiques ou qui ne démontrent pas d'amélioration à la suite de l'intervention initiale
  - le principe de la «**révision planifiée**»
    - nécessaire afin que le client puisse « changer de paliers » vers un traitement plus intensif ou changer vers une autre intervention dans le même palier
    - la révision planifiée utilise une mesure objective d'effet de l'intervention pour accompagner la prise de décision



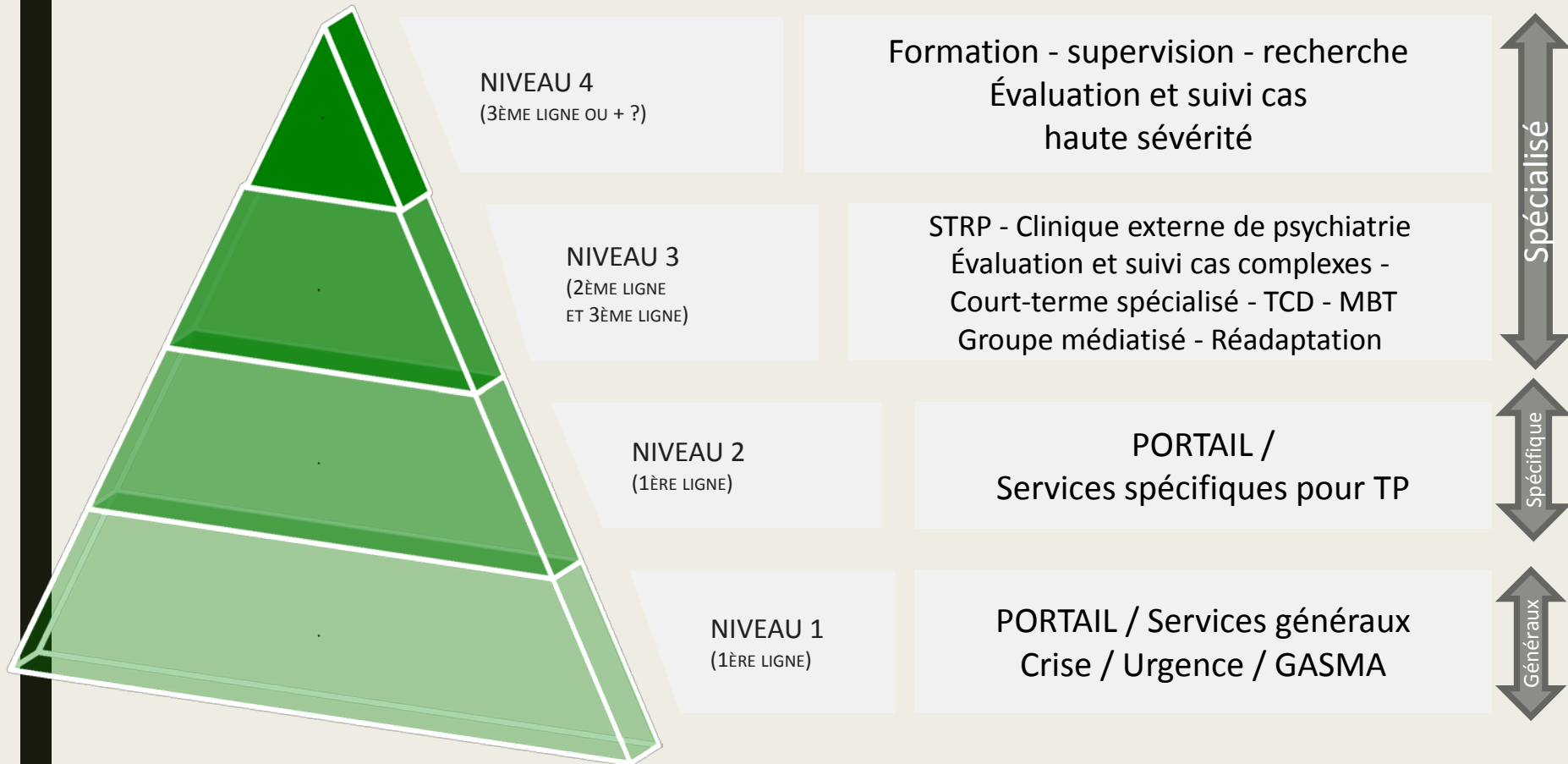
# Soins par étape (*stepped care*)

- Il s'agit ici de proposer des interventions par «épisodes de soins» selon la demande et les besoins de la personne
- Ces services sont structurés, limités dans le temps, associés à des objectifs et des interventions spécifiques établies en fonction des données probantes
- Le niveau de service est déterminé en fonction:
  - de la sévérité du trouble de la personnalité
  - du niveau de fonctionnement
  - de l'impact, l'intensité, et la chronicité des symptômes
  - de la présence de comorbidité
  - de l'intensité et dysfonction de l'interaction avec le système de soins
  - de l'intérêt et la capacité de la personne à bénéficier des interventions
- Aussi, il a régulièrement une «**révision planifiée**» qui détermine la poursuite des services ou le passage à des interventions plus ou moins intensives et spécialisées si nécessaire

# Soins par étape (*stepped care*)



# Proposition soins par étape: IUSMM-CIUSSS de l'est de MTL



# Hiérarchisation des soins

## Services spécifiques (1<sup>re</sup> ligne)

- On devrait retrouver ici, **la grande majorité** des profils de personnalité en demande de services
- Les clients ciblés présentent:
  - des dysfonctionnements légers à modérés
  - des éléments de comorbidité limités
  - des comportements impulsifs sans dangerosité apparente ou soutenue
- On recommande l'établissement de **services structurés de groupe, en dehors du cadre de la psychothérapie, prenant assise sur les modalités thérapeutiques reconnues** (données probantes)
- Généralement:
  - de groupes psychoéducatifs
  - d'intensité variée (1 fois par une ou deux semaines).
  - à durée déterminée d'un maximum de six mois
  - avec des objectifs et un contrat thérapeutique établis à l'avance.
- La clientèle devrait avoir un accès rapide à ces services et pourrait bénéficier de quelques rencontres individuelles durant ou après l'intervention de groupe
- Si une médication est nécessaire, l'omnipraticien prend en charge cette portion du traitement.
- Le soutien par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) et un professionnel répondant en santé mentale (PRSM) de même que la liaison avec les services spécialisés sont indispensables


# Hiérarchisation des soins

## Services spécialisés (2<sup>ème</sup> ligne)

- Les clientèles ciblées présentent un niveau de dysfonctionnement de modéré à sévère avec le plus souvent des éléments de complexité ou de comorbidité associés et des comportements impulsifs, potentiellement dangereux.
- Activités thérapeutiques intensives associant rencontres individuelles et de groupe
- Incluant de la psychoéducation, de la psychothérapie et de la pharmacothérapie selon des modalités reconnues
- Les services spécialisés jouent également un rôle important de soutien et de consultation auprès des services spécifiques.

## Services spécialisés (3<sup>ème</sup> ligne)

- Se consacrent à l'évaluation de problématiques complexes associant des enjeux de comorbidité et/ou des éléments de dangerosité, une résistance au traitement, un faible niveau de fonctionnement ou encore des échecs thérapeutiques répétés en deuxième ligne.
- L'offre de service est surspécialisée autant pour l'évaluation que pour le traitement.
- Un mandat de développement des connaissances (recherche), de transfert des connaissances
- Cependant, il y a lieu ici de distinguer l'évaluation et le traitement des cas complexes et/ou graves, car certaines pathologies graves nécessitent une expertise surspécialisée pour une évaluation, mais aucun traitement spécialisé n'est disponible ou offert (pathologies sans traitement reconnu efficace). Toutefois, dans tous les cas, l'utilisation des services de crise et d'urgence reste toujours possible.



# Proposition de balise en ressources humaines pour le traitement en 1<sup>re</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes de soins.

## Nécessaire:

- Ressources insuffisantes mises en place pour le traitement de cette clientèle.
  - Plusieurs secteurs sans aucune ressource adaptée
  - Clientèle mal aimée / stigmatisée
- Des modèles très différents ont été mis en place, souvent sans lien avec les balises des guides de pratique ou les consensus d'experts (en 1<sup>ère</sup> ou en 2<sup>ème</sup> ligne).
- Thérapie de groupe et suivi court ou moyen terme sont des interventions exigeantes souvent peu recherchées par les thérapeutes.
- Il y a actuellement une grande iniquité dans l'offre de soins pour ces clientèles.

## Difficile à faire:

- L'efficacité des traitements est éprouvée pour des épisodes de soins ou thérapies spécifiques sans égard à une vision systémique du réseau
- Les patients utilisent les différents services de façon inconsistante et ces services sont inter-reliés et interdépendants (consultations omni, services de crise, services d'aide aux employés...)
- Aucun guide de pratique connu ne précise des ratio «populationnels» de services à offrir
- Quels sont les services minimum requis?
- Le modèle d'intervention par étape pour cette clientèle est un concept récent

# Proposition de balise en ressources humaines pour le traitement en 1<sup>re</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne de soins. troubles de la personnalité sous-groupe B

Prévalence	2,6%	→	Nombre de cas / 100 000	2600
Consultation psychiatrique	62% / an		Consultation psychiatrique	1612
Urgence	44% / an		Visites urgence	1144

Estimé motivation au suivi externe: 50% des patients identifiés: $2600 / 2 = 1300$ patients / 100 000			
≈ 25 % suivi en 2 <sup>ème</sup> ligne: 325 patients	Ratio # patients / intervenant pour traitement actif 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> lignes	≈ 25/1	13 intervenants
≈ 75 % suivi en 1 <sup>ère</sup> ligne: 975 patients	Ratio #patients/intervenant pour traitement actif 1 <sup>ère</sup> ligne	≈ 75/1	13 intervenants
			Total de 26 intervenants

Estimé selon expérience clinique / IUSMM		
# patients différents suivis + évalués / an en 2 <sup>ème</sup> / 3 <sup>ème</sup> ligne : 600 patients / 550 000 population ≈ 100 patients / 100 000 population	13 intervenants / 550 000 ≈ 2,3 intervenants / 100 000	Estimé requis : 25 intervenants / 550 000 pop ≈ 4,5 intervenants / 100 000
# patients différents suivis + évalués / an en 1 <sup>ère</sup> ligne : 100	2 intervenants / 550 000 ≈ 0,36 intervenants / 100 000	Estimé requis: ? 27 intervenants / 550 000 pop ≈ 5 intervenants / 100 000
<b># professionnels 1<sup>ère</sup> ligne: 5-13 prof / 100 000 pop , 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne: 4,5-13 prof / 100 000 pop</b>		



---

Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

Soins par étape (CNESM)

– P. David

---

**Formation des intervenants**

**– E. Villeneuve**

---

Évaluation des programmes

– A. Lesage

---

Discussion des sujets

– J. Lavoie

# Un programme régional de traitement des troubles de la personnalité (PR-TP)

- Soins par étapes
- Cohérence du cadre
- Facilité d'accès et fluidité
- Formation des intervenants
- Continuum ado-adulte
- Intégration aux autres services

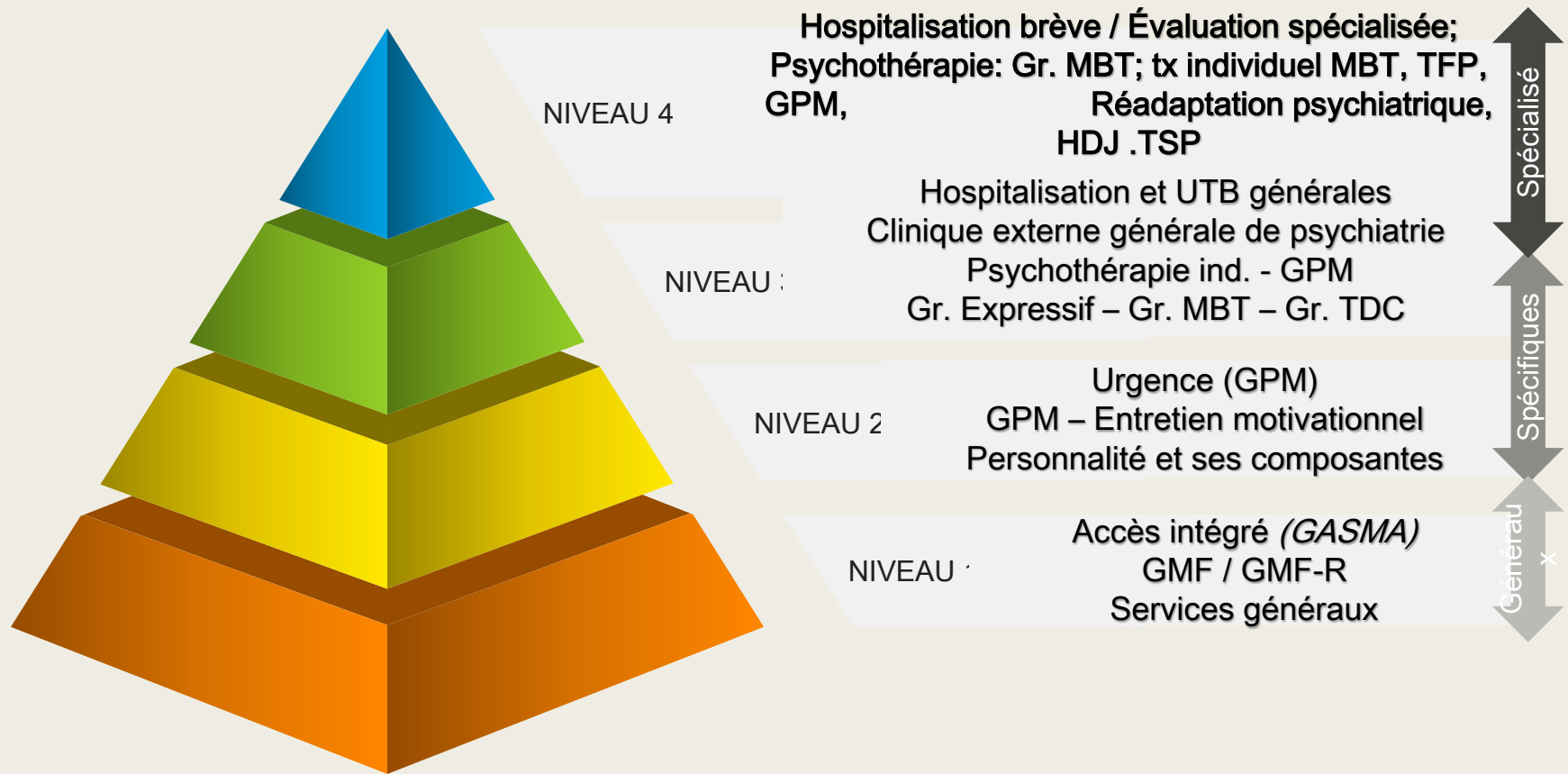
# Le modèle des «soins en étape»

- Approche populationnelle
- Besoins évalués:
  - *complexité, intensité des symptômes, caractéristiques personnelles et sociales*
- Basé sur une intervention probante
  - *Privilégiant un faible niveau d'intensité*
  - *Interventions de haute intensité seulement si requises*
- Réponse à l'intervention –
  - *Évaluée de manière objective*
  - *Détermine la poursuite et l'intensité de l'intervention.*
- Non amélioration, stagnation ou détérioration
  - =  $\uparrow$  *Intensité*

# Un modèle de soins en étape en TP

Clinical stage	Severity	Definition	Potential interventions
Preclinical	Subthreshold	<p>↑ risk for BPD (e.g. : family history, childhood adversity, attachment instability)</p> <p>Mild or non specific self-regulation problems</p> <p>Subthreshold BPD: 3 – 5 criteria</p> <p>+ self-harm</p> <p>- Suicidality</p>	<p>Psychoeducation for patient and families</p> <p>Focus on supportive counseling and problem solving</p>
Early-mild	1 <sup>st</sup> episode of threshold BPD	<p>+ self-harm</p> <p>-Suicidality</p>	<p>GPM</p> <p>Case management</p> <p>DBT skills group</p>
Sustained moderate	Sustained threshold-level symptoms	<p>Unresponsive to basic treatment</p> <p>+ self-harm</p> <p>+ Suicidality</p>	<p>GPM with medication management</p> <p>DBT skills training</p> <p>Single-model EBT (DBT, MBT, or TFP)</p>
Severe	Remitting and relapse	<p>+ severe self-harm</p> <p>+ potentially fatal suicide attempts</p>	<p>GPM-informed medical management</p> <p>Higher level of care (e.g. Residential or intensive outpatient)</p> <p>Change single-model EBT or integrate EBTs</p>
Chronic persistent	Unremitting disorder Unresponsive to intervention	Unresponsive to interventions from previous stages	<p>GPM</p> <p>Supportive therapy</p>

# Continuum de soins par étape PR-TP Québec



# Formation des intervenants

- Formation de base
- Formation avancée
- Maintien des compétences

# Formation de base

## Intervenants ciblés

- **Grand groupe d'intervenants (80 à 100)**  
(Niveau 1, niveau 2 et en partie 3) :
  - Services généraux et spécifiques
  - Services spécialisés
  - Organismes communautaires (divers services)
- **Gestionnaires**
- **MD de famille**

# Formation de base

## Contenu

- Personnalité et troubles de la personnalité
  - *Étiologie/ Compréhension dynamique/ Clivage, identification projective, etc.*
- Le CADRE ++++
- Gestion du risque suicidaire
- Gestion de la dangerosité en général
- Pronostic (espoir)
- Traitement pharmacologique et indications d'hospitalisation



# Formation de base

## Contenu

- Éléments de changement
  - Validation
  - Responsabilisation
  - Création d'une alliance de travail
  
- Éléments de l'approche de TDC (DBT)
  - Validation
  - Tolérance à la détresse
  - Gestion des émotions
  - Relations interpersonnelles

# Formation avancée

## Intervenants visés

- Petit nombre d'intervenants de divers milieux (8 à 10)
  
- Rencontres à intervalle régulier
  - Intervenants pivots (IP) issus de divers milieux
    - *au moins 2 par milieu*
    - *psychothérapeute de préférence*
  - Formation de 1 à 2 jrs et rencontres de supervision aux 2 semaines
  - Supervision par psychothérapeute du programme spécialisé
  
- Approche pyramidale
  - IP forment et supervisent 1<sup>ère</sup> ligne
  - Travail sur problèmes rencontrés

# Formation avancée

## Contenu

- Facteurs non-spécifiques de changement
  - Cadre
  - Alliance
  
- Psychothérapies validées
  1. DBT (Linehan)
  2. TFP (Kernberg, Yeomans)
  3. Groupes interpersonnels (Yalom)
  4. MBT (Bateman et Fonagy)
  5. GPM (Gunderson)

# PR-TP Ressources humaines

## *Modèle de Québec*

Population d'approx. 650 000 hab.

- 1<sup>ère</sup> ligne (niveau 2 et en partie 3) :
  - *Approx. 30 ETC (Ratio 1/100)*
  
- 2<sup>ème</sup> ligne (Niveau en partie 3 et 4)
  - **15 ETC (Ratio 1/20) et 3 psychiatres**
    - Unité d'hospitalisation brève TP
      - *8 lits , ratio inf/pt ¼, 500 hosp/an*
    - Rotation interne /externe: 2 infirmières à la fois
    - Centre de traitement (10) et hôpital de jour (5): **15 ETC**
      - *1 coordonnateur clinique*
      - *1 infirmière clinicienne*
      - *5 psychologues*
      - *3 travailleuses sociales (1 psychothérapeute)*
      - *5 ergothérapeutes (3 psychothérapeutes)*

Évens Villeneuve, psychiatre  
Centre de traitement Faubourg St-  
Jean

# PR-TP. Structure proposée

- Continuums régionaux
  - À 4 niveaux et sur mesure selon la région
  - Un PR-TP par CISSSS
- Communauté de pratique provinciale
  - Formation / Éléments de programme
  - Standardisation des pratiques
- Discussion de cas « *Grand Round* »
  - Supervision par Visioconférences
  - Alternance des Programmes de 2<sup>ème</sup> ligne
- Développement d'outils
  - Évaluation continue: diagnostique / de résultats
- Recherche clinique

---

Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

Soins par étape (CNESM)

– P. David

---

Formation des intervenants

– E. Villeneuve

---

**Évaluation des programmes**

– A. Lesage

---

Discussion des sujets

– J. Lavoie

# COMMENT ÉVALUER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES POUR LES PERSONNES AVEC TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ AU QUÉBEC?

Alain Lesage MD, Mphil  
Institut universitaire en santé mentale de Montréal  
Unité d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé  
mentale  
Conseiller scientifique Centre national d'excellence en santé mentale du MSSS

# Deux stratégies d'évaluation de la qualité

- De la base vers le haut: audit systématique des cas de suicide, comme en Grande-Bretagne avec son *National Confidential Enquiry on Suicide of people with mental disorders*
- De haut en bas: réduction du taux de suicide et de l'excès de mortalité des personnes avec troubles de la personnalité dans les différentes régions du Québec, grâce au système de surveillance des maladies chroniques de l'Institut national de santé publique du Québec



## **Systematic Services Audit of Consecutive Suicides in New Brunswick: The Case for Coordinating Specialist Mental Health and Addiction Services**

**Alain Lesage, MD<sup>1</sup>; Monique Séguin, PhD<sup>2,3</sup>; Andrée Guy, BN<sup>4</sup>; France Daigle, BSW<sup>4</sup>; Marie-Noëlle Bayle, MD<sup>3</sup>; Nadia Chawky, MA<sup>3</sup>; Nancy Tremblay, SRT<sup>3</sup>; Gustavo Turecki, MD, PhD<sup>3</sup>**

The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 53, No 10, October 2008 ♦

57

## Nombre de personnes ayant un trouble sur l'axe I et II Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau- Brunswick (avril 2002 à mai 2003)

N=102	%
Trouble de l'humeur	69
Trouble d'abus ou de dépendance	61
Psychose et autres symptômes associés	7
Trouble de personnalité	52
Co-morbidité ( deux et plus)	75
Total ayant au moins un diagnostic	93

**Comparaison entre les interventions reçues et les interventions requises, et le pourcentage d'écart (*n*=102; Audit de 102 cas de suicide au Nouveau-Brunswick)**

	Reçus, <i>n</i>	Requis, <i>n</i>	Écart, %
Médication psychiatrique	51	65	22
Milieu résidentiel/hospitalisation/désintox	38	70	46
Suivi intensif	34	71	52
Psychothérapie	19	48	60
Entraide par les pairs	13	12	- - -

Besoins	Responsabilité	# recommandations parmi les 102 cas	Recommandations	Acteurs
<b>Promotion/ Formation</b>	Ministère de la santé provincial; organisations professionnelles	49	Importance pour le public, les patients et les proches de consulter pour dépression, toxicomanies et crise suicidaire; meilleure détection, traitement et référence entre les services sociaux et de santé primaires et spécialisés	Public (public; familles; patients; services psychosociaux et de santé de première ligne et spécialisés, système judiciaire et de l'éducation)
<b>Coordination</b>	Directions régionales des services spécialisés de santé mentale et toxicomanies	41	Continuité et suivi plus étroit; coordination des services spécialisés de santé mentale et toxicomanies pour les cas avec co-morbidité	Services spécialisés de santé mentale et toxicomanies; urgences et services médicaux hospitaliers; services psychosociaux, médicaux de première ligne; services policiers
<b>Pas de recommandations</b>		28		

# Audit britannique de tous les cas de suicide et d'homicide des personnes avec troubles mentaux

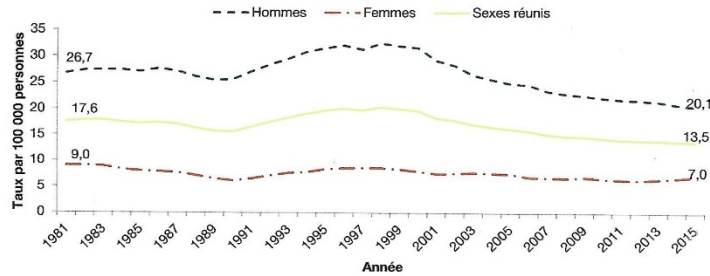
Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP).  
National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide.  
<http://hqip.org.uk/national-confidential-inquiry-into-suicide-and-homicide/>.

While D, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* Mar 17 2012;379(9820):1005-1012.

# National Confidential Inquiry Suicide (NCIS\_questionnaire)

- Traduit et adapté au Québec, 40 pages
  - *Couvre les caractéristiques socio-démographiques et cliniques*
  - *Couvre le contexte clinique (ex. diagnostics; traitements reçus)*
  - *Explore l'opinion du dernier médecin\équipe traitante sur les déficits possibles dans les programmes, le système qui aurait pu faire une différence*
- Pilote en cours dans le CIUSSS de l'Est-de-l'île de Montréal sous la direction des services professionnels, l'accord du CMDP et du Bureau du Coroner-en-chef du Québec. Panel multidisciplinaire constitué de médecins et infirmières des urgences, de responsables du programme santé mentale et dépendances, de la santé publique, des familles et de l'AQPS
- Un pilote en cours dans la région administrative sanitaire de Vancouver, seulement avec le NCIS

**Figure 1 Taux ajusté<sup>1,2</sup> de suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2015<sup>3</sup>**



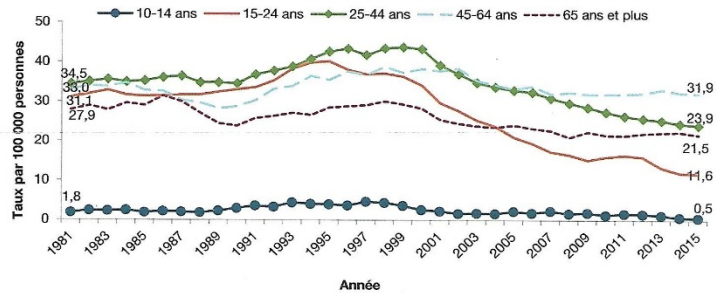
<sup>1</sup> Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

<sup>2</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2014. Pour 1981 et 2015, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>3</sup> Données provisoires pour 2015.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2014 et banque de données informatisée du BCQ pour 2015. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

**Figure 2 Taux de suicide<sup>1</sup> selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981 à 2015<sup>2</sup>**



<sup>1</sup> Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans pour 1982 à 2014. Pour 1981 et 2015, les moyennes mobiles sont calculées sur 2 ans.

<sup>2</sup> Données provisoires pour 2015.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2014 et banque de données informatisée du BCQ pour 2015. MSSS, estimations et projections démographiques basées sur le recensement de 2011.

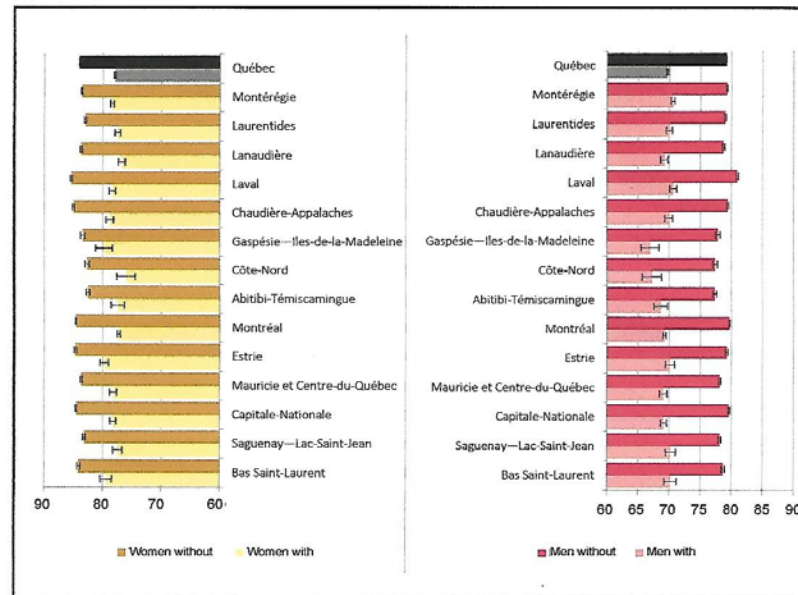
**Table 1 Life expectancy at age 1 in the general population and in people with mental disorders by sex, in Quebec, from 2001–2002 to 2011–2012**

Population and disease status	Life expectancy, years	
	Women	Men
General population	82.8	77.7
Mental disorders	77.9	69.6
Mood and anxiety disorders	83.8	73.5
Schizophrenic disorders	72.6	65.5

Lesage A. D., Rochette L., Emond V., Pelletier E., St-Laurent D., Diallo F. B., Kisely S. A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People With Mental Illness in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015 Dec; 60(12):571-579. PubMed PMID: 26720826.



**Figure 1** Life expectancy at age 1 in men and women with and without mental disorders, with 95% confidence intervals, in Quebec health regions, from 2001–2002 to 2011–2012



**Lesage A. D., Rochette L., Emond V., Pelletier E., St-Laurent D., Diallo F. B., Kisely S.** A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People With Mental Illness in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015 Dec; 60(12):571-579. PubMed PMID: 26720826.

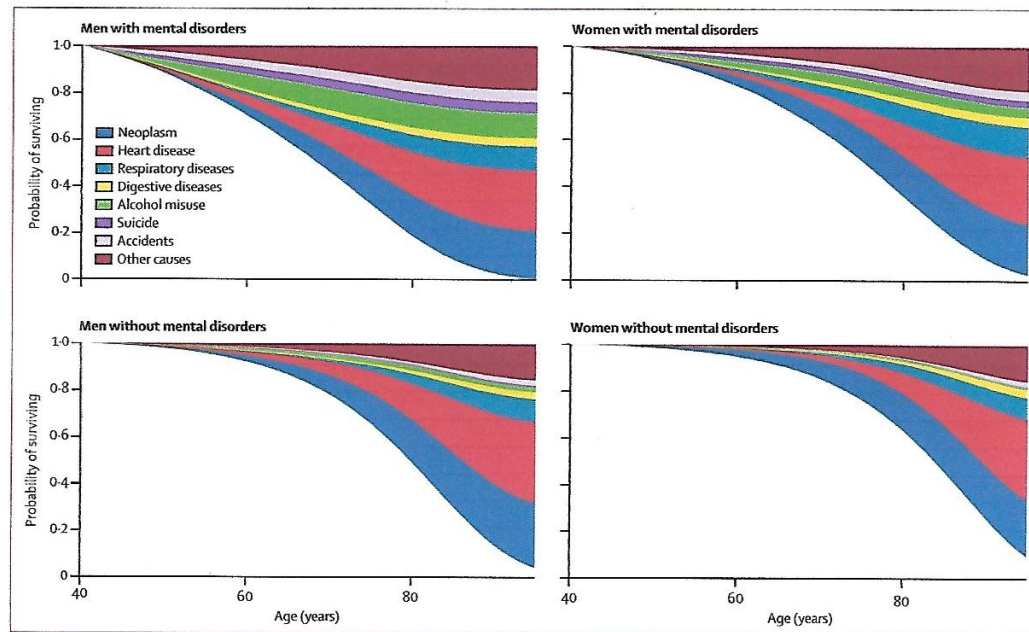


Figure 1: Probabilities of survival and deaths from different causes for people with and without mental disorders aged between 40 and 94 years living in Denmark between 1995 and 2014

4

www.thelancet.com/psychiatry Published online November 6, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30429-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30429-7)

Downloaded for Anonymous User (n/a) at The Australian National University Library from ClinicalKey.com.au by Elsevier on November 21, 2017.  
For personal use only. No other uses without permission. Copyright ©2017. Elsevier Inc. All rights reserved.

Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V.  
[Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study.](#)  
 Lancet Psychiatry. 2017 Dec;4(12):937-945. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30429-7. Epub 2017 Nov 6.

	Life years lost		Excess life years lost*
	Mental disorders (A)	No mental disorders (B)	(A-B)
<b>Men</b>			
Infectious diseases	0.38	0.17	0.21
Neoplasm	5.04	5.25	-0.21
Diabetes	0.72	0.41	0.31
Heart diseases	5.68	5.17	0.51
Respiratory diseases	2.27	1.42	0.85
Digestive diseases	0.94	0.47	0.46
Alcohol misuse	3.35	0.51	2.84
Suicide	1.87	0.22	1.65
Accidents	2.22	0.51	1.71
Other causes	3.89	2.02	1.87
All deaths	26.35	16.15	10.20
<b>Women</b>			
Infectious diseases	0.26	0.13	0.12
Neoplasm	4.75	4.38	0.37
Diabetes	0.44	0.26	0.18
Heart diseases	4.61	3.73	0.87
Respiratory diseases	2.46	1.22	1.24
Digestive diseases	0.81	0.46	0.36
Alcohol misuse	1.28	0.16	1.12
Suicide	0.93	0.05	0.87
Accidents	1.07	0.30	0.78
Other causes	3.03	1.61	1.42
All deaths	19.64	12.30	7.34

\*Excess life years lost denotes the difference in life years lost between those with mental disorders and those without. Differences with positive (negative) values indicate that persons with mental disorders have lost more (fewer) life years than persons without mental disorders.

Table 2: Life years lost and excess life years lost by cause of death in people with and without mental disorders

Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. [Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study](#). *Lancet Psychiatry*. 2017 Dec;4(12):937-945. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30429-7. Epub 2017 Nov 6.

---

Principaux chiffres (INSPQ)

– L. Cailhol

---

Soins par étape (CNESM)

– P. David

---

Formation des intervenants

– E. Villeneuve

---

Évaluation des programmes

– A. Lesage

---

**Discussion des sujets**

**– J. Lavoie**