



HAL
open science

Les troubles de la personnalité : historique, état des lieux des connaissances et prise en charge des patients

Sarah Dapzol

► **To cite this version:**

Sarah Dapzol. Les troubles de la personnalité : historique, état des lieux des connaissances et prise en charge des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03369626

HAL Id: dumas-03369626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369626v1>

Submitted on 7 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2019

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 11 Juin 2019
par
Sarah DAPZOL

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE : historique, état des lieux des connaissances et prise en charge des patients

Directeur de thèse : **Mr Jean Michel CARDOT**

Jury

Président : **Mr Jean Michel CARDOT**

Pharmacien enseignant-Chercheur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres :

Mme Sabrina BEDHOMME

Pharmacien et maître de conférences,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Cathy CUSSAC BUCHDAHL

Pharmacien,
Centre Hospitalier Sainte-Marie

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2019

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 11 Juin 2019
par
Sarah DAPZOL

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE : historique, état des lieux des connaissances et prise en charge des patients

Directeur de thèse : **Mr Jean Michel CARDOT**

Jury

Président : **Mr Jean Michel CARDOT**

Pharmacien enseignant-Chercheur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres :

Mme Sabrina BEDHOMME

Pharmacien et maître de conférences,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Cathy CUSSAC BUCHDAHL

Pharmacien,
Centre Hospitalier Sainte-Marie

REMERCIEMENTS

A Mr J.M Cardot,

Vous me faites l'honneur d'être mon directeur de thèse et président du jury, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de superviser ce travail sans aucune hésitation.

A Mme Sabrina BEDHOMME,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, soyez assurée de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A Mme Cathy CUSSAC BUCHDAHL,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma famille, pour leur soutien pendant ces années d'études et de thèse.

A mes amis de Clermont-ferrand et de Montpellier, Antoine, Yacine, Florian, Mélanie, Christelle, Johanna et les autres, pour les moments passés ensemble.

A mes maîtres de stages et collègues, pour m'avoir aguerrie et rendu fier de mon périple. Je vous remercie pour vos efforts, votre compagnie et votre honnêteté.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
1. Les troubles de la personnalité.....	11
1.1 Historique	11
1.1.1 Les premières références littéraires	11
1.1.2 L'identification des personnalités « pathologiques » : les concepts et le choix des critères	14
1.1.3 Les avancées dans le traitement de la schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs et les avancées dans le traitement des comorbidités des troubles de la personnalité	18
1.1.4 La connaissance pour l'évaluation de la dangerosité des troubles de la personnalité	28
1.2 Définitions actuelles (selon les référentiels DSM-5 (sections II et III) et CIM-11 (chapitre 6))	32
1.2.1 La définition générale.....	32
1.2.2 Les critères de diagnostic « généraux ».....	32
1.2.3 Les 3 grands groupes de troubles, les 10 personnalités pathologiques : définition clinique, épidémiologie et facteurs de risque.....	35
1.2.4 Avantages et inconvénients de cette classification.....	46
2. La prise en charge des troubles de la personnalité	47
2.1 Acteurs, ressources.....	47
2.2 Diagnostic	53
2.2.1 Outils	53
2.2.2 Chez l'enfant et adolescent.....	55
2.2.3 Chez la personne âgée.....	59
2.3 Problèmes associés.....	60
2.4 Psychothérapie.....	64
2.4.1 Psychothérapie de soutien	65
2.4.2 Thérapie cognitive et comportementale (TCC).....	66
2.4.3 Psychodynamique.....	70
2.4.4 Autre.....	72
2.4.5 Difficultés, limites en pratique.....	72
2.5 Médicaments	72
2.5.1 Grandes classes	72
2.5.2 Recommandations pour chaque trouble	73
2.5.3 Difficultés, limites en pratique.....	74
2.5.4 Médico-économie	74

3.	Aspects médicaux-légaux	78
3.1	Soins en situation médico-légale	78
3.1.1	Droits des patients (non spécifiques à la psychiatrie).....	78
3.1.2	Droits encadrant les trois modes d'hospitalisation en psychiatrie	79
3.2	Responsabilité pénale	82
3.3	Soins en milieu pénitentiaire	82
3.4	Responsabilité et protection civile	83
4.	La correspondance entre biologie et personnalité	84
4.1	Neurologie et imagerie	86
4.2	Recherche génétique et épigénétique.....	90
4.3	Biomarqueurs	95
4.4	Perspectives : vers une approche physiopathologique ?	101
	CONCLUSIONS	104
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	106
	Annexe I : Modèle de développement d'une estime de soi saine (vo anglaise)	123
	Annexe II : un exemple de schéma de pensée pathologique, chez la personnalité obsessionnelle compulsive (vo anglaise) :.....	124
	Annexe III : algorithmes pour le traitement médicamenteux des personnalités borderline	125

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Modèle de développement d'une estime de soi saine (vo anglaise)	123
Annexe II : un exemple de schéma de pensée pathologique, chez la personnalité obsessionnelle compulsive (vo anglaise) :.....	124
Annexe III : algorithmes pour le traitement médicamenteux des personnalités borderline	125

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I : informations gravées dans la personne, qui influencent ses réactions, sa prise de décision puis son état émotionnel.....	14
Tableau II : sentiments négatifs gravés dans la personne qui induisent un comportement d'évitement ou d'effort effréné pour contrebalancer le sentiment, ces comportements un peu extrêmes s'avèrent inefficaces.....	15
Tableau III : Historique des neuroleptiques	18
Tableau IV : Les antidépresseurs utilisés pour les TOC ; en vert les ISRS, en bleu un antidépresseur sérotoninergique non sélectif, en orange les IMAO.....	22
Tableau V : Médicaments de la stratégie thérapeutique des troubles bipolaires.....	24
Tableau VI : la classification des neuroleptiques par effet et classes chimiques (en couleurs les structures chimiques de 1 ^{ère} génération, en gris les antipsychotiques « atypiques »)	25
Tableau VII : Critères de diagnostic clinique des personnalités pathologiques du DSM-5.....	40
Tableau VIII : sectorisation des soins	48
Tableau IX : Les personnalités pathologiques et les pathologies proches symptomatologiquement .	55
Tableau X : Evolution de la personnalité et âges.....	55
Tableau XI : la personnalité paranoïaque, correspondance avec son passé	56
Tableau XII : la personnalité schizoïde, correspondance avec son passé.....	57
Tableau XIII : la personnalité schizotypique, correspondance avec son passé.....	57
Tableau XIV : la personnalité antisocial, correspondance avec son passé	57
Tableau XV : la personnalité borderline, correspondance avec son passé	58
Tableau XVI : la personnalité histrionique, correspondance avec son passé	58
Tableau XVII : la personnalité narcissique, correspondance avec son passé	58
Tableau XVIII : la personnalité évitante, correspondance avec son passé	58
Tableau XIX : la personnalité dépendante, correspondance avec son passé	59
Tableau XX : la personnalité obsessionnelle compulsive, correspondance avec son passé.....	59
Tableau XXI : Sources de renforcement des comportements trop conciliants	66
Tableau XXII : les modes de la personnalité borderline	69
Tableau XXIII : Evolution des parts respectives de neuroleptiques classiques et de neuroleptiques atypiques dans les prescriptions de neuroleptiques	76
Tableau XXIV : Dimensions du <i>Big Five</i> et génétique	90
Tableau XXV : Autres dimensions et génétique	91
Tableau XXVI : impact potentiel de l'alimentation sur les comportements	93
Tableau XXVII: médicament non recommandé pour les personnalités borderline et antisociale car il est psychostimulant.....	95
Tableau XXVIII : les biomarqueurs.....	95
Tableau XXIX : les biomarqueurs de neurotransmission	97
Tableau XXX : tableau récapitulatif des effets sympathiques (excitation) et parasympathiques (apaisement).....	97
Tableau XXXI : les biomarqueurs en psychophysiologie.....	99
Tableau XXXII : Bases neurales corrélées aux éléments qui vont de pair avec le bien être	103

FIGURES

Figure 1 Chronologie des travaux de l'APA (DSM) et de l'OMS (CIM)	13
Figure 2 Répartition en 2 dimensions des personnalités pathologiques	16
Figure 3 Les critères du PID-5	17
Figure 4 : Les 4 voies dopaminergiques	19
Figure 5 : Les voies sérotoninergiques	19
Figure 6 : Seuil d'âge des AMM pour la schizophrénie des antipsychotiques de 1ère génération	19
Figure 7 : Seuil d'âge des AMM pour la schizophrénie des antipsychotiques de 2ème génération	20
Figure 8 Localisation des ganglions de la base	21
Figure 9 Les structures du cerveau émotionnel	21
Figure 10 : Evolution de la classification et décomposition en sous-troubles selon la sévérité de la manie et de la dépression	23
Figure 11 : Comparaison des zones activées pour le cerveau sain et dépressif	23
Figure 12 : Structures cérébrales impliquées dans la dépression : modifications structurales et fonctionnelles, rôle dans la symptomatologie dépressive	24
Figure 13 : Classification des antidépresseurs, à la fois par structure chimique et par utilisation clinique	25
Figure 14 Localisation des structures de la récompense et circuit du traitement de l'information	26
Figure 15 Mécanismes d'action des substances	27
Figure 16 Facteurs historiques, cliniques et de gestion du risque de l'échelle HCR-20	30
Figure 17 Détail des caractéristiques du psychopathe	31
Figure 18 : Les 3 clusters de personnalités	35
Figure 19 : Prévalence des troubles de la personnalité dans la population générale (en pourcentage)	42
Figure 20 : Ratio de prévalence des personnalités selon le sexe	43
Figure 21 : Taux de consultation en fonction de la personnalité	44
Figure 22 : Taux d'hospitalisation en fonction du cluster	44
Figure 23 : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.	45
Figure 24 : Distribution des troubles mentaux (TM) parmi les décès avec TM, selon le sexe, 2000-2013 (causes non exclusives)	45
Figure 25 : Rapport de taux (atteints de trouble de la personnalité du groupe B/ non atteints) des causes de décès en fonction du sexe, Québec, 2000-2009	46
Figure 26 : Une offre de soin morcelée	47
Figure 27 Résumé de l'organisation des soins en psychiatrie	49
Figure 28 : Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (en 2011)	51
Figure 29 Densité de lits et places de prise en charge à temps complet (alternatives) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (en 2011)	52
Figure 30 : plusieurs causes à l'impulsivité	60
Figure 31 : Les comorbidités de la personnalité borderline	61
Figure 32 : Les comorbidités de la personnalité antisociale	61
Figure 33 : Les zones pour le thérapeute	64
Figure 34 : psychothérapies recommandées pour chaque type de personnalité	65
Figure 35 : Les quatre faces de la DBT	68
Figure 36 : Ordre de priorité thérapeutique	68
Figure 37 : La distinction des processus cognitif et affectif et de la provenance, de soi ou des autres	71
Figure 38 : types de médicaments recommandés pour chaque trouble de la personnalité	73

Figure 39 : Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2015 (source CNAMTS)	75
Figure 40 : Cube des tempéraments (régulation inconsciente)	84
Figure 41 : Cube des caractères (régulation consciente)	85
Figure 42 : Plan selon les axes Introversi-on/extraversi-on/neuroticisme-stabilité	85
Figure 43 : Biologie et dimensions « Recherche de nouveauté » /« évitement du danger » / « dépendance à la récompense »	86
Figure 44 : schéma pour illustrer le mécanisme de l'affectivité positive	87
Figure 45 : schéma pour illustrer le mécanisme de l'affectivité négative	87
Figure 46 : schéma pour illustrer le mécanisme de « contrainte »	88
Figure 47 : Schéma de l'axe hypothalamo-hypophysaire [150]	89
Figure 48 : Répercussions d'une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire [150].....	89
Figure 50 : Principaux facteurs en épigénétique	92
Figure 51 : Le modèle de classification de Russel	98
Figure 52 : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des réactions faciales aux stimuli pour plusieurs muscles, chez les enfants de 4 mois	98
Figure 53 : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des réactions faciales aux stimuli pour plusieurs muscles, chez les enfants de 7 mois	99
Figure 54 : Résultats de l'étude sur la variation de la température corporelle en fonction des humeurs, une étude dirigée par le psychologue de l'université d'Aalto d'Helsinki Lauri Nummenmaa	99
Figure 55 : Schéma simplifié des grandes fonctions du cerveau	102

LISTE DES ABREVIATIONS

ACTH : *Adrénocorticotrophic Hormone*
 AMM : *Autorisation de Mise sur le Marché*
 AMPc : *Adénosine MonoPhosphate cyclique*
 APA : *American Psychiatric Association*
 ARS : *Agence Régionale de Santé*
 ATV : *Aire Tegmentale Ventrale*
 BDNF : *Brain-Derived Neurotrophic Factor*
 CAMSP : *Centre d'Action Médico-Sociale Précoce*
 CATTP : *Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel*
 CCA : *Cortex Cingulaire Antérieur*
 CDHP : *Commission Départementale des Hôpitaux Psychiatriques*
 CHRNA5 : *CHolinergic Receptor Nicotinic Alpha 5*
 CIM : *Classification Internationale des Maladies*
 CLOCK : *Circadian Locomotor Output Cycles Kaput*
 CMP : *Centre Médico-Psychologique*
 CMPP : *Centre Médico-Psycho Pédagogique*
 CNTNAP2 : *CoNTactiN Associated Protein like 2*
 CPAM : *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*
 CRH : *Corticotropin-Releasing Hormone*
 CRMP2 : *Collapsin Response Mediator Protein-2*
 CSP : *Code de la Santé Publique*
 DBT : *Dialectical Behavior Therapy*
 DCI : *Dénomination Commune Internationale*
 DRDA : *récepteur à la dopamine*
 DSM : *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*
 DTI : *Diffusion Tensor Imaging*

D2 : 2^{ème} récepteur à la Dopamine
D3 : 3^{ème} récepteur à la Dopamine
D4 : 4^{ème} récepteur à la Dopamine
DYRK1A : Dual specificity tYrosine-phosphorylation-Regulated Kinase 1A
ECG : ElectroCardiGramme
EEG : ElectroEncéphaloGraphie
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FSH : Follicule Stimulating Hormone
GABA-A : Acide γ -AminoButyrique de type A
GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
5-HIAA : 5-Hydroxy-Indole-Acétique
5-HTTLPR : 5-serotonin-Transporter-Linked Polymorphic Region
5-HT2C : 5-hydroxytryptamine type 2C (récepteurs à la sérotonine)
IMAO : Inhibiteur de MomoAmine Oxydase
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IRS : Inhibiteur de la Recapture à la Sérotonine
IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrenaline
ISRS : Inhibiteur Sélectif de Recapture à la Sérotonine
JLD : Le Juge des libertés et de la détention
LH : Luteinizing Hormone
MAO : MomoAmine Oxydase
MBT : Mentalization-Based Treatment
MBTI : Myers Briggs Type Indicator
MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NA : NorAdrénaline
NEO-PI : Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory
OC : Obsessionnel Compulsif
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
O2 : Oxygène
PFC : PréFrontal Cortex
PID-5 : The Personality Inventory for DSM-5
POC : Personnalité Obsessionnelle Compulsive
RDC : Research Diagnostic Criteria
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SERTPR : Serotonin Transporter Promoter Polymorphism
SCID : Structured Clinical Interview for DSM
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SNAP-25 : Synaptosomal nerve-associated protein 25
TCC : Thérapie Cognitive Comportementale
TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention et Hyperactivité
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TP : Trouble de la personnalité
UMAP : Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
UMD : Unité pour Malades Difficiles
UPID : Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale
VGLUT3 : Vesicular Glutamate Transporter Type 3

INTRODUCTION

Cette thèse se consacrera aux troubles de la personnalité, leur étude, l'état des connaissances les concernant, leur prise en charge médicale et les moyens (financier, juridique...) prévus par la société pour ce type de patient.

Cette thèse aura pour but de donner une vue globale en rassemblant les informations disponibles de part et d'autre pour comprendre, d'une part, l'enjeu que les soins de ces troubles psychiatriques constituent dans la société actuelle et d'autre part, l'amélioration continue des soins, l'état de la recherche et les pistes explorées pour le développement de nouvelles techniques de soin.

Elle dressera une vue globale car, en effet, de nombreuses approches et disciplines coexistent pour l'étude des maladies de la psyché :

- *La psychologie et ses courants principaux*, dont celui du cognitivisme, un courant qui part de l'hypothèse que les troubles sont liés aux pensées négatives répétitives du sujet ou métaphoriquement un « bug » de la « machine cerveau » dans son traitement de l'information. Ainsi que le modèle de la psychanalyse, procédé qui investigate les processus psychiques dans le but de trouver le déterminisme psychique (passé du patient, lois s'appliquant pour la succession des événements).
- *La psychiatrie et ses spécialités* (la psychiatrie mère-enfant, la psychiatrie de l'adolescent, la psychiatrie transculturelle, l'addictologie, la psychiatrie médico-légale, la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie en situation humanitaire, ou la psychotraumatologie). Cette psychiatrie utilise au moins trois approches dont le modèle psychologique (qui repose sur le fruit des réflexions de la discipline psychologie), le modèle social (interaction du patient avec son milieu) et le modèle biologique (dérèglements physiologiques, primaires ou secondaires, du fonctionnement cérébral).
- *Les neurosciences*, sciences qui étudient le système nerveux, sa structure et son fonctionnement, à toutes les échelles, de la molécule au cerveau entier (neuroanatomie, neuroendocrinologie, neurophysiologie, neurosciences cognitives, neurologie, neuropsychologie, neurosciences computationnelles, neurosciences sociales).
- *L'anthropologie*, science qui étudie l'être humain sous tous ses aspects, physique et culturel
- *D'autres sciences* peuvent aussi donner des informations sur ce qui affecte la psyché, par exemple : la nutrition, les sciences du sommeil, la philosophie...
- *Le hasard* peut donner lieu à des recherches intéressantes, comme par exemple les recherches en optogénétique (sensibilisation des neurones à la lumière) ou bien la recherche sur les effets psychiques des stimulations des sens et l'origine de ces effets, comme par exemple, l'effet des images visualisées, des sonorités entendues pendant la journée et du contact avec la nature sur les angoisses d'une personne. Dans ces recherches, l'imprégnation de ces informations sensorielles dans le cerveau inconscient est étudiée.

Nous nous intéresserons aux résultats de diverses recherches pour avoir une image de l'horizon thérapeutique.

1. Les troubles de la personnalité

1.1 Historique

1.1.1 Les premières références littéraires

Les troubles de la personnalité ont certainement toujours existés. Certains troubles de la personnalité ont été supprimés du registre pathologique au fil du temps et d'autres sont apparus ou en dérivent avec l'affinement de l'observation et de l'analyse pour ne retenir finalement que 10 troubles de la personnalité dans la classification DSM-5, la plus utilisée actuellement.

Les références les plus anciennes retrouvées, qui décrivent des traits de ces troubles, remontent à plus de 4000 ans (égyptiens, grecs, romains).

Les dix troubles de la personnalité correspondent à des ensembles de traits mal adaptés cognitifs et comportementaux, ils portent les noms (soulignés, en italique) au début des paragraphes suivants.

Pour la *personnalité histrionique*, qui ne portait pas ce nom à l'époque, l'objet découvert était le *papyrus d'El-Lahoun* datant de 1990 av JC, qui est le premier texte gynécologique connu. Le mot hystérique, *hystera* en grec désigne l'utérus. Platon désignait le phénomène comme un désir de procréation, Hippocrate a introduit plus tard le terme *hysteria* qui se définissait comme une frustration sexuelle ayant des répercussions neurologiques. Plus tard eu lieu le débat pour savoir l'origine du phénomène à savoir s'il était neurologique ou gynécologique. Ce n'est qu'en 1859, avec le « Traité Clinique et Thérapeutique de L'Hystérie » de Pierre Briquet que l'hystérie se range du côté des névroses, faisant état des données collectées de 430 patients hystériques sur 10 ans. Jean-Martin Charcot, neurologue français (fin du 19^{ème} siècle) créa l'école de neurologie la salpêtrière et détailla ses observations sur l'hystérie et le déroulement de la crise qu'il décomposa en 4 étapes : épileptique, postures acrobatiques, attitudes passionnelles et délire. Plus tard il introduit l'hypnose comme moyen thérapeutique et d'étude pour comprendre la neurophysiologie et la mécanique dérivant de traumatismes de la maladie. Pierre Janet puis Sigmund Freud ainsi que d'autres continuèrent à étudier l'hystérie sur la piste d'une origine émotionnelle affectant la personne qui, ensuite, va se manifester physiquement. Le théoricien Mardi Jon Horowitz a publié en 1991 « Hysterical Personality Style and the Histrionic Personality Disorder » dans lequel il se focalise sur le lien entre la perception de l'individu et son comportement. Le mot histrionique dérive du mot *histrione* qui caractérisait les acteurs qui paraissaient faux et théâtraux dans la Rome antique et n'est repris que depuis pour le trouble de la personnalité. [1][2]

La *personnalité narcissique* fait son apparition dans la mythologie grecque avec le conte de Narcisse, un jeune homme beau et fier qui s'est épris de son reflet dans l'eau jusqu'à mourir de s'être contemplé. Cependant cette personnalité n'a intéressé que depuis le début du 20^{ème} siècle. Sigmund Freud publie en 1914 « On Narcissism: An Introduction » qui introduit l'idée que l'individu doit recevoir la même quantité d'amour et d'affection qu'il en donne pour maintenir le niveau suffisant d'attachement et de satisfaction. Vers 1950-1960 Otto Kernberg et Heinz Kohut ont pris la suite de ces travaux et en 1967 la personnalité narcissique est décrite par Otto Kernberg qui la décompose en 3 narcissismes : normal enfant, normal adulte et pathologique. Heinz Kohut a élaboré ensuite la théorie selon laquelle le narcissisme serait un stade de développement inévitable et, une anomalie sur la relation objet de soi *selfobjet* contribuerait à une mauvaise estime de soi et à l'apparition du trouble narcissique. L'empathie dans les interactions permettrait la reconnaissance et l'approbation et la *cohérence du self* (perception authentique), éloignerait de l'idéalisation pathologique. [3]

La personnalité paranoïaque vient du terme *paranoïa* (terme grec) « qui pense à côté » et apparaît au 19^{ème} siècle dans les œuvres de psychiatres allemands. La folie *Verrücktheit* est séparée des troubles de l'humeur (dysthymie) en 1863 par Karl Ludwig Kahlbaum car elle n'évolue pas. Les éditions du traité d'Emil Kraepelin, qui furent utilisées pour la formation de psychiatres allemands distinguent paranoïa hallucinatoire (trouble perceptif, démence) et paranoïa délire. Un délire de quérulence c'est à dire de persécutés-persécuteurs non lié à un événement bien défini serait la caractéristique de la paranoïa. La personne à personnalité paranoïaque ne se sentirait pas armé pour affronter la vie et aurait un délire de grandeur. [4][5][6][7]

La personnalité obsessionnelle compulsive existe depuis le début du 20^{ème} siècle. Sigmund Freud parlait de névrose obsessionnelle, également, il isolait cette névrose de la phobie. La personnalité fut nommée « anankastique » (du grec *ctvctyxaoTuxog* : contraignant, travaux de Kurt Schneider) ou/et psychasthénique (Pierre Janet) et fut regroupée au début des années 60 dans le spectre obsessionnel. [8][9][10]

La personnalité borderline désigne historiquement une personnalité frontière entre la névrose et la psychose. La névrose (mot inventé en 1769 par William Cullen, *neurosis* ou nerf + non inflammatoire) est un trouble dans lequel le patient est conscient du problème, de sa souffrance psychique, le trouble est déclenché par un traumatisme généralement d'ordre affectif. La psychose est par opposition un trouble où le patient n'est pas conscient de l'altération de sa perception ou de son jugement, il ne se sait pas malade. Le terme borderline remonte à la fin du 19^{ème} siècle (écrit par le psychiatre américain Charles Hamilton Hughes dans son article « Borderland Psychiatrists Records », en 1884). Otto Kernberg est le plus innovant en considérant l'état limite comme une structure fixe de la personnalité. John G. Gunderson a comparé et séparé les patients schizophréniques des patients borderline. Ensuite la personnalité est arrivée dans le DSM III. [11][12]

La personnalité dépendante existe depuis le 20^{ème} siècle. L'intérêt remonte à Karl Abraham et son « caractère oral » où il décrit des individus passifs, collants. La personnalité remonte à 1945, dans un bulletin technique du département de guerre aux états unis, viennent alors 3 sous-types : passif-agressif, passif-dépendant et agressives. Jusqu'à 1980 la personnalité dépendante ne sera dans le DSM de façon isolée, on trouvait les personnalités « à conduite d'échecs », « asthéniques » et « passif/agressif ». [10][13]

La personnalité antisociale apparaît dans le DSM II, avant, elle s'apparentait à la psychopathie ou à la sociopathie. Les travaux de Hervey M. Cleckley dont le « mask of sanity » et de Robert Hare « psychopathy checklist » (en 1941) sur la psychopathie et les travaux de Lee Robins (« Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality », en 1966) sur la sociopathie ont servi de base pour la personnalité antisociale.

La personnalité évitante a ses débuts en 1936 avec la définition de la personne introvertie par Carl Gustav Jung et ensuite avec Karen Horney en 1950 avec le *caractère phobique* et les *personnalités névrotiques*. Puis Theodore Millon et sa personnalité « détachée ». Il décomposait cette personnalité en active et passive. Le point commun entre ces deux personnalités étant le retrait social, la cause de celui-ci est l'hypersensibilité au rejet dans le cas de la personnalité évitante (active selon T. Millon) tandis que le schizoïde manque d'intérêt (passif selon T. Millon). [14]

Les personnalités schizoïde et schizotypique ont eu comme prédécesseurs commun Emil Kraepelin et Eugen Bleuler (début du 20^{ème} siècle). Il s'agissait d'observation de formes atténuées ou apparentées à la schizophrénie.

La personnalité schizoïde a toujours été dans le DSM. Il y a eu Paul H Hoch et son "shut in" en 1910. Ernst Kretschmer dans *Physique and Character* (1925) appelait la personnalité *hyperaesthetic-schizoid* (très sensible) et *anaesthetic-schizoid* (froide), il pensait que tout individu *schizothymic* était

à la fois l'un et l'autre. A la même époque Grunja Sukhareva qui pensait décrire le schizoïde finalement rectifie car ce sont les caractéristiques de l'autisme (1926) puis Pyotr Gannushkin et son ouvrage *Schizoids and Dreamers* (1933) a complété la connaissance de la personnalité. Dans les travaux plus récents, Salman Akhtar propose une correspondance entre caractéristiques vu de l'extérieur par l'entourage et ces mêmes points vu de l'intérieur par la personne. [15]

La personnalité schizotypique, de son côté, est un concept élaboré par Robert Spitzer (1970) avec les observations des caractéristiques des individus schizophrènes et de leurs familles. Les études permettant son travail furent réalisées par Seymour S. Kety, David Rosenthal et Paul H. Wender à la même époque. Cette personnalité entre en 1980 dans le DSM III. [16]

Plusieurs classifications psychiatriques ont été publiées, avec des variations des noms et des descriptions des troubles de la personnalité entre les classifications. Les 10 troubles tels qu'ils sont écrits dans le DSM-5 sont ceux de la première édition du DSM IV, c'est-à-dire stabilisés depuis 1994. A ce jour, la CIM-11 est la dernière classification en date, elle visait à harmoniser lorsque possible la structure de la CIM avec celle du DSM-5. La version de cette classification disponible actuellement en anglais sur le site de l'OMS n'est pas définitive, à la différence des classifications précédentes, elle combine les aspects « organiques » et « non-organiques » dans les chapitres. Le chapitre 06 est celui intitulé « Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders » et comprend le sous-chapitre « personality disorders and related traits » divisé en « 6D10 et 6D11 », 6D10 se rapportant à 3 graduations (léger, modéré, sévère ou non spécifié) et 6D11 se rapportant à 6 troubles ou « trait prédominant de la personnalité » (affectivité négative, détachement, antisocial, désinhibition, personnalité obsessionnelle compulsive, personnalité borderline). Ci-dessous les dates des travaux successifs de classification et les dates d'entrée dans la classification de ces 10 troubles [17] :

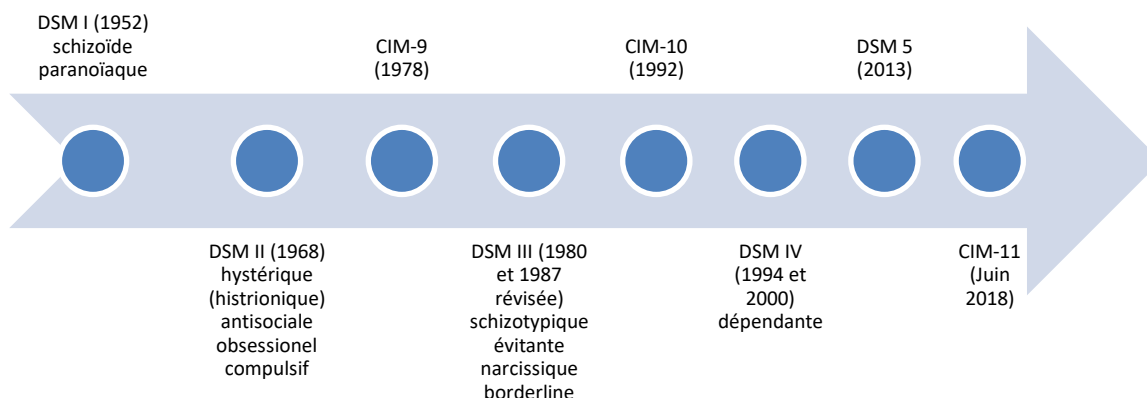


Figure 1 Chronologie des travaux de l'APA (DSM) et de l'OMS (CIM)

1.1.2 L'identification des personnalités « pathologiques » : les concepts et le choix des critères

La personnalité en tant que telle se définit par :

- ce qui différencie l'individu des autres, qui le rend unique dans ses comportements
- ce qui est stable dans le temps

Les déterminants de la personnalité sont à la fois liés au « tempérament » (viendrait de la composante biologique, plutôt inné) et au « caractère » (qui découle du psycho-environnemental, plutôt acquis).

La norme est un compromis entre une norme idéale (d'adaptation à la société, d'absence de souffrance psychique) et une norme statistique (écart à la moyenne de la population).

Dans le cas des personnalités pathologiques, actuellement, nous avons tendance à nous concentrer davantage sur l'acquis soit le « caractère ». Les troubles qui ont été plus clairement reliés à des composantes biologiques ne font pas partie des personnalités pathologiques (ex : déficience mentale, troubles du spectre autistique, TDAH, troubles bipolaires, dépression...).

Plusieurs théories ont vu le jour pour différencier le « normal » du « pathologique » au niveau des schémas cognitifs et croyances qui sous-tendent les pensées et façonnent les comportements.

Les schémas et croyances pathologiques suivants ont été relevés (par observation) [18] :

Croyances	Comportement	Schémas
Les autres sont des ennemis potentiels	Etat de guerre	Méfiance, abus
J'ai besoin d'espace, sinon : confusion	Isolement	Carence affective, exclusion
Le monde et les autres sont étranges	Méfiance	Méfiance
Les autres sont des proies	Attaque	Tout m'est dû
Je dois impressionner les autres	Dramatisation	Assujettissement, carence affective, échec
Personne n'est assez fort pour m'aider	Fuite ou attaque	Méfiance, abus, exclusion
Je suis quelqu'un de spécial	Inflation de soi	Carence affective, imperfection, exclusion
Je peux être blessé	Evitement	Echec, exclusion
Je suis faible et sans protection	Attachement	Abandon, vulnérabilité, échec
Je ne dois jamais faire aucune erreur	Perfectionnisme	Exigence élevée

Tableau I : informations gravées dans la personne, qui influencent ses réactions, sa prise de décision puis son état émotionnel

Ce sont de haut en bas les personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, histrionique, borderline, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle.

Les schémas peuvent aussi être pris un à un et reliés à un phénomène d'évitement ou de compensation inadéquat [18] :

Schéma	Evitement	Compensation
Abandon	Des relations intimes ; s'alcoolise seul	En étant collant, « étouffe » son partenaire, fait une scène pour chaque séparation
Méfiance/Abus	De la position de faiblesse, de faire confiance aux autres ; garde ses secrets	Utilise les autres avant d'être potentiellement utilisé
Carence affective	Des relations intimes	En étant exigeant affectivement avec ses amis proches et partenaires
Exclusion	Les situations sociales et les groupes	En se rendant caméléon socialement
Echec	Les défis professionnels ; procrastine	Se contrôle sans cesse pour devenir un bon exécutant
Assujettissement	Les conflits	Se dresse contre l'autorité
Imperfection	D'exprimer ses pensées et ses sentiments	Cherche à devenir parfait, critique et rejette les autres
Vulnérabilité	Boit	Excès d'optimisme ; n'accepte pas les évènements négatifs
Exigence élevée	Procrastine dans les situations et les tâches où sa performance est évaluée	En réalisant le travail à la hâte, négligemment
Tout m'est dû	Les situations où il ne sent pas supérieur	En portant une attention excessive aux besoins des autres

Tableau II : sentiments négatifs gravés dans la personne qui induisent un comportement d'évitement ou d'effort effréné pour contrebalancer le sentiment, ces comportements un peu extrêmes s'avèrent inefficaces

Ces schémas servent de base pour le choix des critères de reconnaissance de la personnalité pathologique.

Une représentation des troubles de la personnalité avec les 2 dimensions Introversion-Extraversion et degré d'agressivité (ou dans d'autres sources l'échelle névrose-psychose) peut être dessinée comme suit [19] :

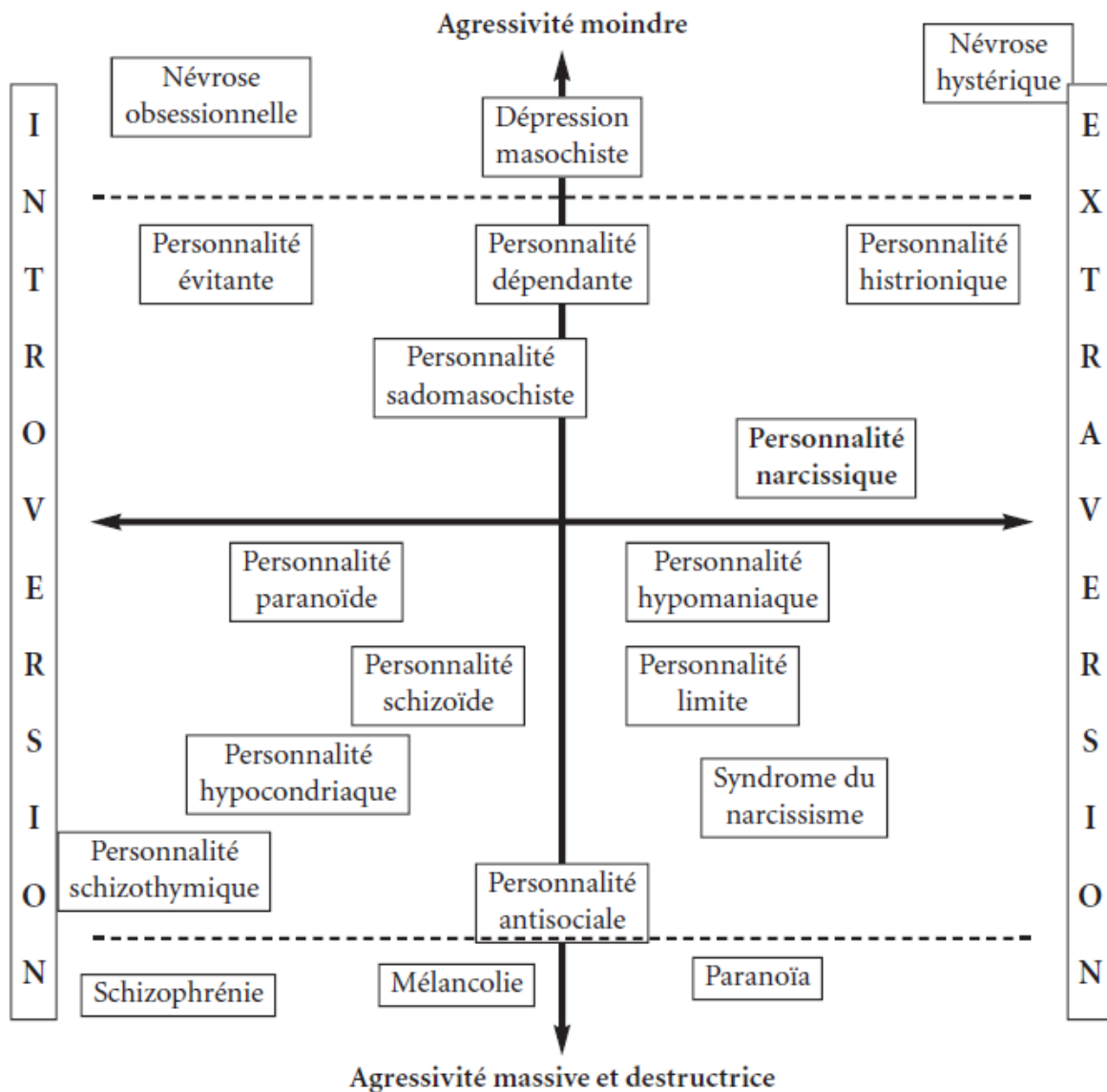


Figure 2 Répartition en 2 dimensions des personnalités pathologiques

Elle permet de visualiser les troubles de la personnalité sous la forme d'un continuum (ces deux dimensions sont celles qui donnent le plus une indication sur le mode de fonctionnement relationnel d'un individu (schémas) ou qui permettent le plus de regarder si les caractéristiques d'un individu sont cohérents avec un trouble de la personnalité).

L'avantage de fixer des critères pour chaque trouble (voir le détail des critères retenus en 1.2) devait être de ne laisser que peu de subjectivité au praticien et, une représentation graphique pouvait permettre de mieux jauger un patient pour les personnalités intermédiaires.

De nombreux modèles dont celui de Raymond Cattell (16 facteurs, dichotomique) ont été amenés [10] mais aucun n'a pu égaliser le classement en personnalités pathologiques (qui revient actuellement à 3 dimensions, 10 sous dimensions (les personnalités) et un nombre variable de critères par sous-dimension).

Sur ce principe de test multidimensionnel et en se basant sur la théorie de Carl Gustav Jung, Isabel Briggs- Myers conçoit en 1943 un indicateur pour les variations normales de la personnalité : le MBTI (4 dimensions : introversion/extraversion ; intuition/sensation ; sentiment/pensée ; perception/jugement) qui est précurseur du modèle « big five » ou NEO-PI-3. Dans ce modèle, l'anacronyme des dimensions est OCEAN et les 5 dimensions sont : introversion/extraversion ; ouverture/convention ; agréabilité/réserve ; conscienciosité/spontanéité ; névroticisme/ équilibre émotionnel). En dehors du domaine pathologique, ce modèle est actuellement le plus utilisé pour identifier une personnalité.

Le DSM-5 s'inspire du « big five » pour se créer un outil qui spécifie les troubles de la personnalité lorsqu'ils ne correspondent pas à une des dix personnalités mais s'accordent aux critères généraux du trouble de la personnalité et à certaines des facettes des personnalités, c'est le PID-5. Pour chacune des facettes ci-dessous, le degré de ressemblance avec l'individu est évalué (score de 0 à 3). [20]

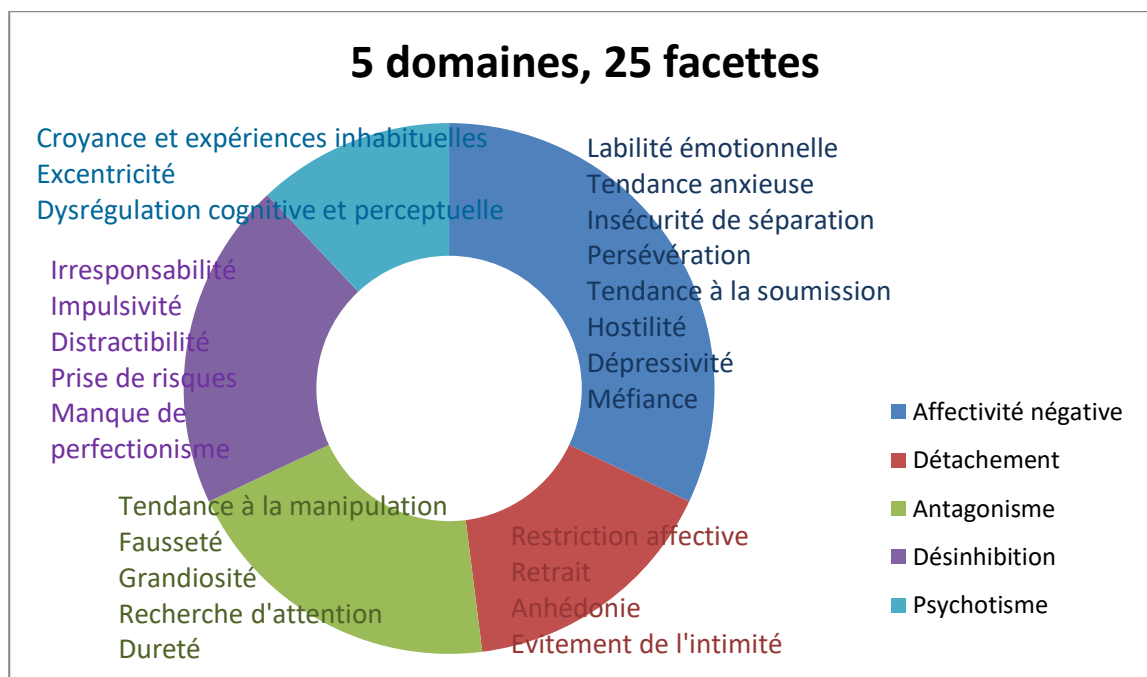


Figure 3 Les critères du PID-5

L'utilité clinique de cet outil est sinon moyenne.

Des recherches ont été menées en parallèle pour trouver des dimensions dépendantes de facteurs biologiques, ces études permettraient donc de faire mieux la distinction entre « tempérament » et « caractère ». Le modèle de Claude Robert Cloninger qui était à la mode en 1990 est un exemple de modèle hybride avec des traits de tempérament et des traits de caractères. [21] Depuis, des anthropologues ont établi d'autres modèles qu'ils relient aux neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine) et aux hormones (testostérone, œstrogène). [22]

1.1.3 Les avancées dans le traitement de la schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs et les avancées dans le traitement des comorbidités des troubles de la personnalité

Dans ce volet, nous verrons les avancées sur les pathologies psychiatriques qui ont de près ou de loin un rapport avec les troubles de la personnalité. Ces avancées ont, dans un premier temps, eu pour conséquence de changer la perception de la maladie et ainsi de remettre en question l'approche thérapeutique puis dans un second temps d'élargir l'arsenal de soin.

Schizophrénie et troubles schizotypique et schizoïde :

Tout d'abord, il faut différencier schizophrénie des personnalités schizoïde et schizotypique. Ces personnalités (formes atténuées de schizophrénie, non psychotique) sont retrouvées chez les personnes apparentées à un schizophrène (mais asymptomatiques) ou avant l'éclosion de la maladie, dans la phase pré morbide (pour la personnalité schizotypique : 17 à 25 % des cas évolueraient en schizophrénie). Dans certains cas les personnalités antisociales et paranoïaques peuvent être une phase pré morbide de schizophrénie. Les avancées scientifiques pour le traitement de la schizophrénie serviront donc en cas d'évolution. [23]

Schizophrénie, les avancées :

Ces avancées incluent [24] [25] [26] :

- la découverte des antipsychotiques (1^{ère}, 2^{ème} générations).

Substances (famille)	Nom du chef de file	Date d'obtention de l'AMM
PHENOTHIAZINES	chlorpromazine	1952
BUTYROPHENONES	halopéridol	1968
BENZAMIDES	sulpiride	1968
DIPHENYLPYPERIDINES	pimozide	1971
THIOXANTHENES	flupentixol	1975
DIBENZO-OXAZEPINES	loxapine	1978
DIBENZODIAZEPINES	clozapine	1991
DIAZEPINES	olanzapine	1996
BENZISOXALOLES	rispéridone	1996
AUTRES	aripiprazole	2004

Tableau III : Historique des neuroleptiques

Ce sont des médicaments qui agissent sur la dopamine (principalement des antagonistes du récepteur D2).

La deuxième génération (ou neuroleptiques atypiques) agit également sur la sérotonine, elle est recommandée en première intention en raison de sa meilleure efficacité sur les symptômes négatifs de la maladie.

Cependant, en dépit de leur efficacité, de nombreux patients arrêtent leur traitement à cause des effets indésirables (ex : prise de poids), aussi, ces effets indésirables rendent la surveillance hématologique régulière obligatoire.

Les voies dopaminergiques et sérotoninergiques :

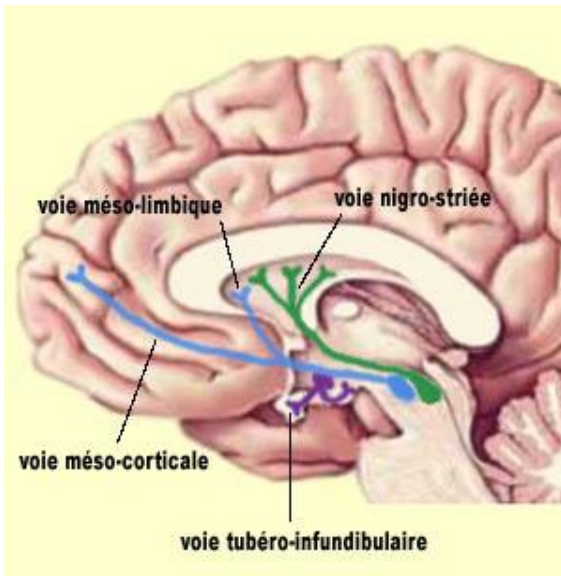


Figure 4 : Les 4 voies dopaminergiques

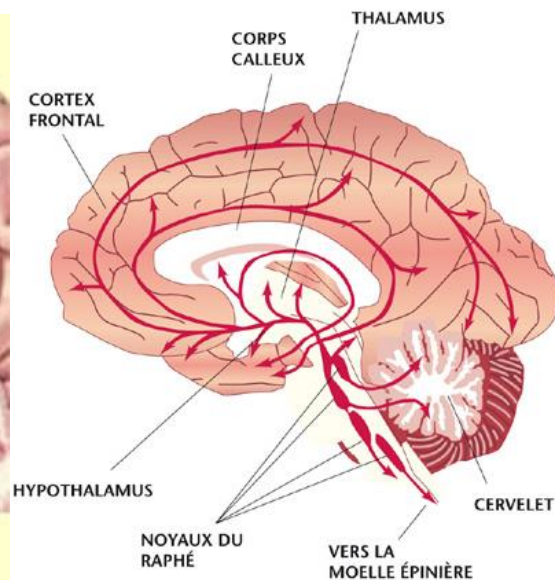


Figure 5 : Les voies sérotoninergiques

Dans la Schizophrénie sont impliquées les voies dopaminergiques mésocorticale et mésolimbique :

- Il y a hypofonctionnement de la voie mésocorticale, en résultent les symptômes négatifs de la pathologie, c'est-à-dire repli sur soi, réactions indifférentes, apragmatisme etc... Ces symptômes ressemblent aux caractéristiques de la personnalité schizoïde.
- Il y a hyperfonctionnement de la voie mésolimbique d'où les symptômes positifs (délires et hallucinations)

Modalités d'utilisation des antipsychotiques : ci-dessous les âges requis pour l'utilisation per os des antipsychotiques en cas de schizophrénie [27] :

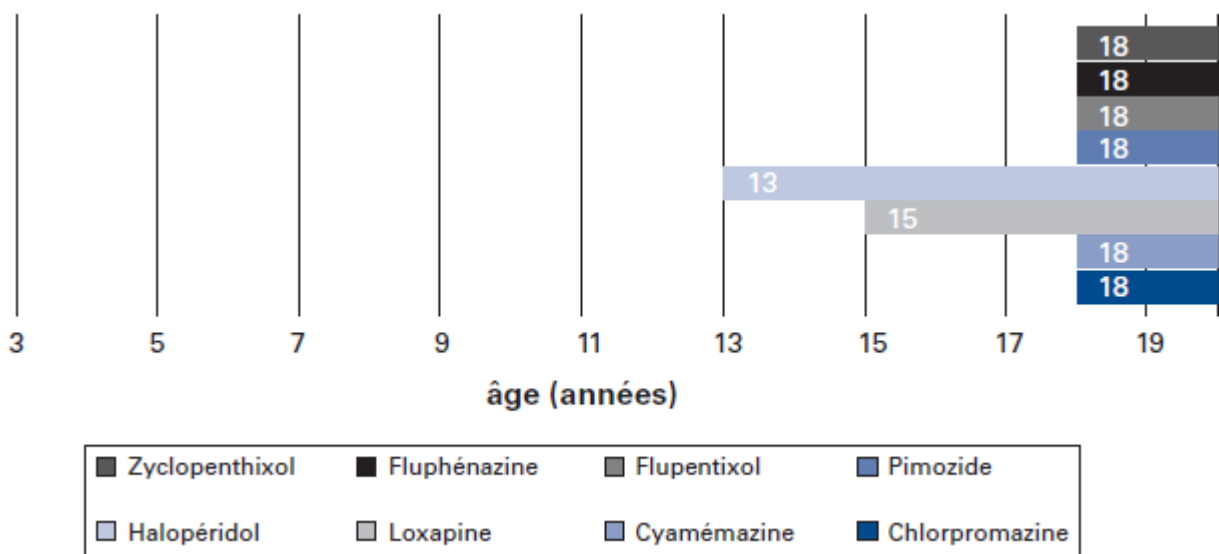


Figure 6 : Seuil d'âge des AMM pour la schizophrénie des antipsychotiques de 1ère génération

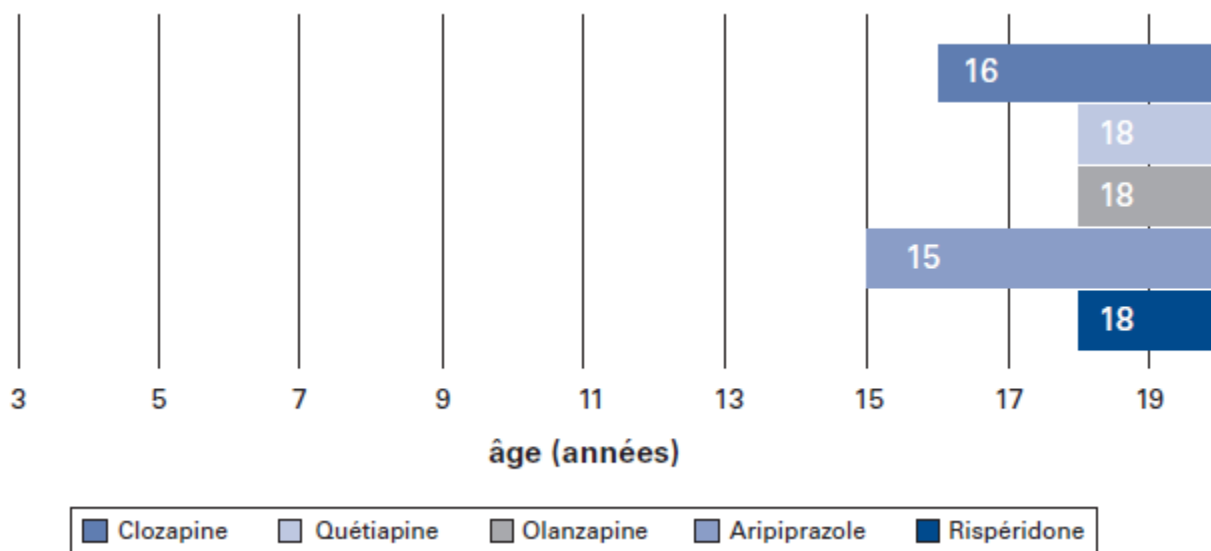


Figure 7 : Seuil d'âge des AMM pour la schizophrénie des antipsychotiques de 2ème génération

A noter que la clozapine est réservée aux formes résistantes aux autres antipsychotiques et l'Olanzapine est réservée à un usage hospitalier.

- la méthode par stimulation magnétique transcrânienne (pour les hallucinations résistantes) ou la stimulation transcrânienne à courant direct (stimulation ou inhibition de zones cérébrales, non invasive et moins coûteuse mais dont l'efficacité reste à prouver)
- Les thérapies de réhabilitation cognitive et cognitivo-comportementales

La recherche sur la schizophrénie est toujours d'actualité, elle porte sur les mécanismes et le déclenchement de la maladie.

Les causes sont à la fois [28][29][30] :

- La génétique (cause principale)
 - ❖ Théorie de l'élagage synaptique supérieur à la moyenne pendant l'adolescence (une des variantes du gène C4 augmenterait de 30% la probabilité de développer la maladie)
 - ❖ Théorie selon laquelle il y aurait une expression prédisposante de gènes dans le placenta pendant la grossesse
- Les facteurs environnementaux
 - ❖ Un lien avec la consommation de cannabis
 - ❖ Un lien avec les traumatismes vécus

Troubles obsessionnels compulsifs et personnalité obsessionnelle compulsive :

De même, les troubles obsessionnels compulsifs ne sont pas la personnalité obsessionnelle compulsive. Les troubles obsessionnels compulsifs sont définis par le handicap (perte de temps totale par jour > 1heure passée à reproduire les gestes ou rituel ou à penser à l'obsession) et le poids psychologique de ce comportement. [31]

La personnalité obsessionnelle compulsive n'a pas de rapport avec des rituels ou obsessions, c'est une structure de personnalité rigide, perfectionniste. Le lien entre TOC et POC n'est pas aussi important que ce que l'on aurait pu penser, la majorité des personnes répondant aux critères du TOC n'ont pas une POC (1/3 a une POC). Les avancées pour la prise en charge du TOC aideront donc les « doubles OC ». [9]

Troubles obsessionnels compulsifs, les avancées :

Ces avancées incluent :

- L'identification des circuits cérébraux perturbés (hyperactifs) [32] :
 - Les ganglions de la base : impliqués dans les fonctions cognitives, limbiques et motrices

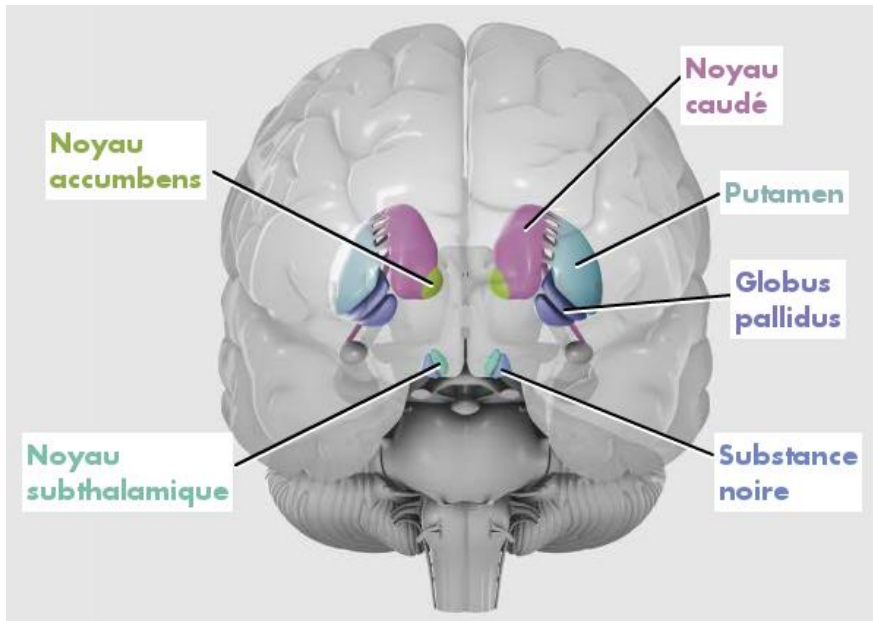


Figure 8 Localisation des ganglions de la base

- Le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbito-frontal : impliqués dans la gestion des émotions

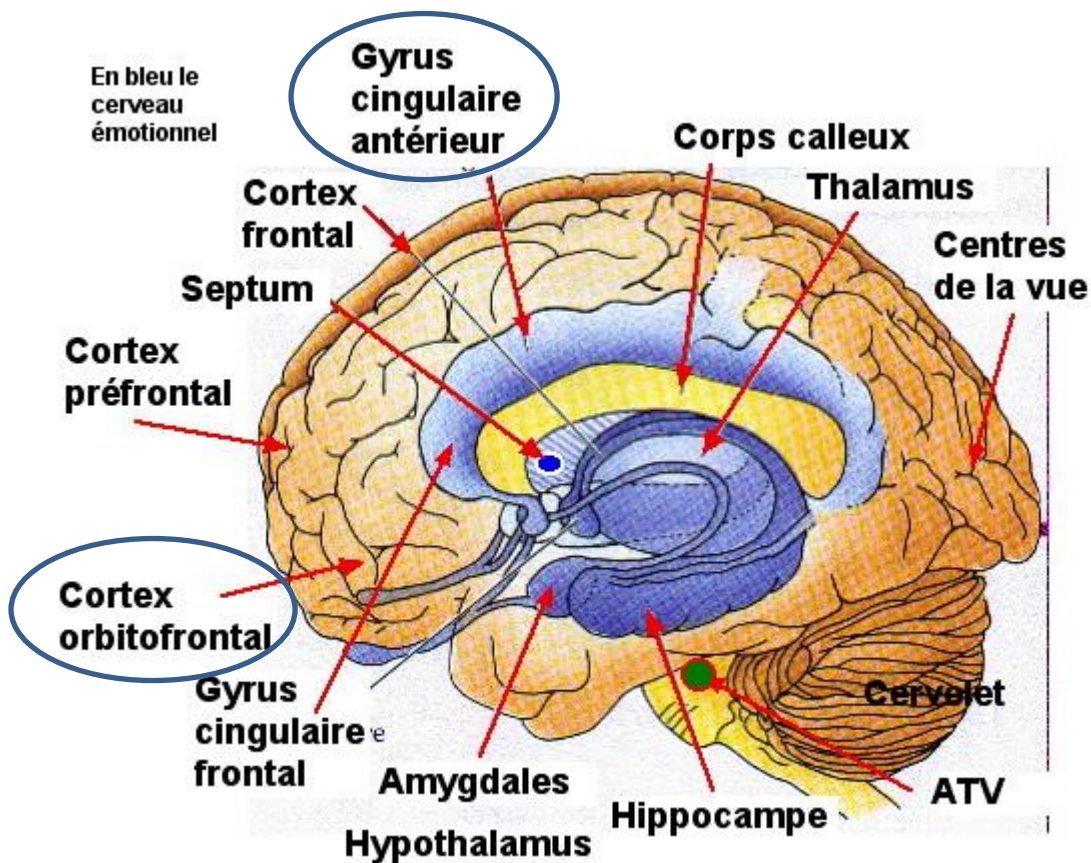


Figure 9 Les structures du cerveau émotionnel

- La thérapie cognitivo-comportementale (première ligne du traitement)
- Les médicaments [33] (antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS ou non sélectif) ou en deuxième intention (IMAO)) :

DCI	Médicament de référence
fluoxétine	Prozac
fluvoxamine	Luvox
paroxétine	Deroxat
sertraline	Zoloft
Escitalopram (énantiomère S)	Seroplex
Citalopram (racémique)	Seropram
Clomipramine	Anafranil
Moclobémide	Moclamine
Iproniazide	Marsilid

Tableau IV : Les antidépresseurs utilisés pour les TOC ; en vert les ISRS, en bleu un antidépresseur sérotoninergique non sélectif, en orange les IMAO

- Le développement de nouvelles techniques comme :
 - la chirurgie lésionnelle (des rayons gamma détruisent une partie des aires cérébrales impliquées dans le TOC, réservée aux sujets les plus sévères)
 - La stimulation cérébrale profonde (implantation d'électrodes qui envoient des impulsions électriques, également réservé aux patients sévèrement atteints)

La recherche se poursuit avec [34] [8] :

- L'exploration de l'hypothétique cause d'origine immunologique et des facteurs génétiques
- Le suivi des patients (pour récupérer des données avec les soins actuels afin d'établir une stratégie optimisée)

Les comorbidités des troubles de la personnalité :

Les comorbidités des personnalités pathologiques sont à la fois les pathologies et les conduites délétères concomitantes. Parmi ces comorbidités sont :

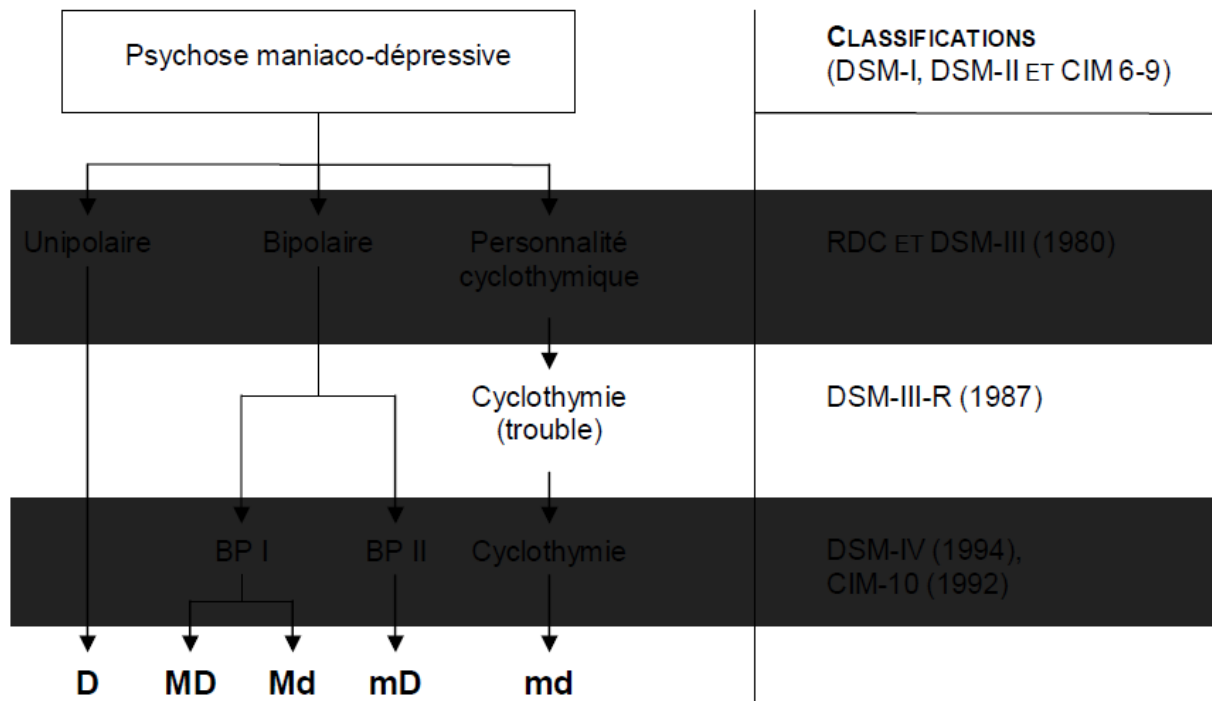
- d'autres troubles de la personnalité (dans 60% des cas selon M.Zimmerman) [35]
- les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires, dysthymie),
- les troubles anxieux (phobies, TOC)
- les conduites addictives (alcool, drogues, tabac)
- les troubles du comportement alimentaire
- les addictions sans substances
- les scarifications (trouble borderline essentiellement)
- les conduites suicidaires (8 à 10% des personnes borderline meurent par suicide) [36]

Les avancées concernant ces comorbidités :

Nous nous concentrerons sur les avancées au sujet des troubles de l'humeur et les addictions.

Pour les troubles de l'humeur :

- Au niveau de la classification : la psychose maniaco-dépressive est devenue les troubles de l'humeur [37]



D = dépression majeure d = dépression mineure M = manie m = hypomanie

Figure 10 : Evolution de la classification et décomposition en sous-troubles selon la sévérité de la manie et de la dépression

- La découverte de mécanismes biologiques pour la dépression :
 - baisse des neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine, noradrénaline).
 - Cette maladie est visible à l'imagerie (DTI, IRM) dans plus de 75% des cas (cependant le pourcentage d'erreur et le coût sont trop importants pour remplacer un diagnostic clinique) : [38][39]

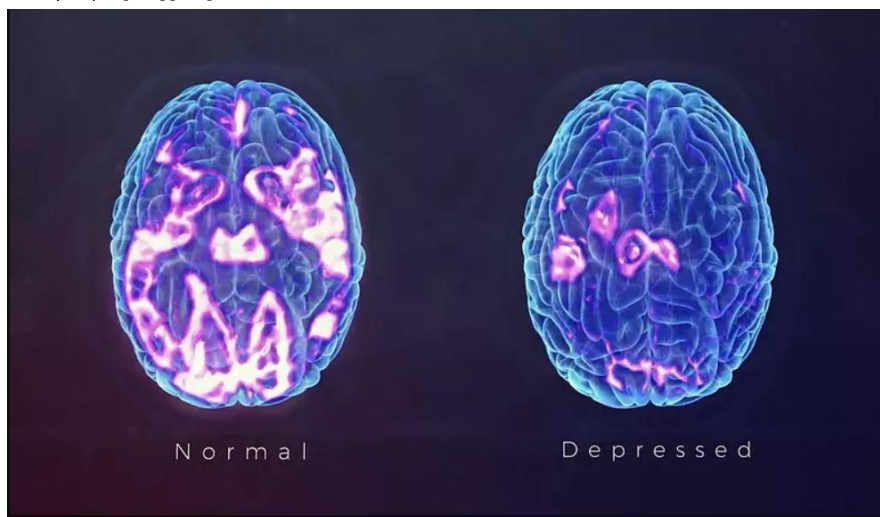


Figure 11 : Comparaison des zones activées pour le cerveau sain et dépressif

- Les zones les touchées symptomatiques sont les suivantes [40]:

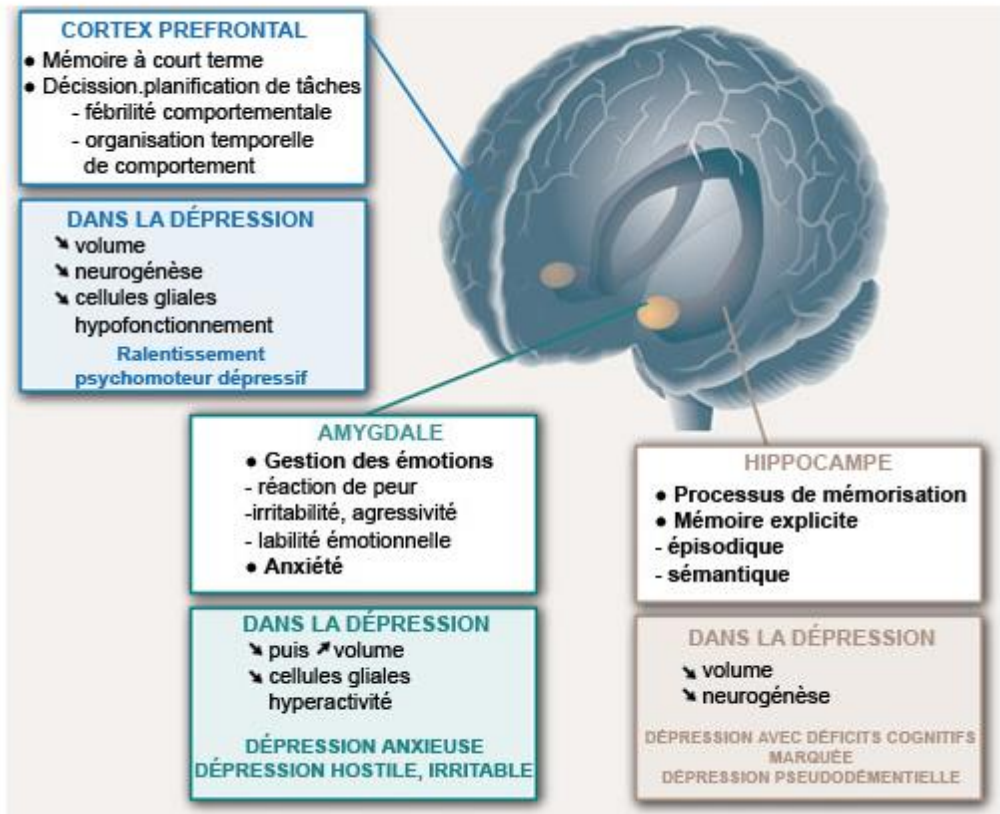


Figure 12 : Structures cérébrales impliquées dans la dépression : modifications structurales et fonctionnelles, rôle dans la symptomatologie dépressive

- Les médicaments pour les troubles bipolaires et pour la dépression:
 - Pour les troubles bipolaires [41]

traitement de fond	
Sels de lithium	(TERALITHE)
Antiépileptiques	Carbamazépine (TEGRETOL), Lamotrigine (LIMICTAL), valproate (DEPAKOTE)
Antipsychotiques (neuroleptiques atypiques)	Aripiprazole (ABILIFY), Olanzapine, Quétiapine, rispéridone (RISPERDAL)
traitement de la phase aiguë	
Phase maniaque	Neuroleptiques sédatifs
Phase dépressive	IRS

Tableau V : Médicaments de la stratégie thérapeutique des troubles bipolaires

NB : Découverte du gène CRMP2 qui serait sous forme inactif chez les patients bipolaires répondant favorablement au lithium [42]

NB : Les antipsychotiques peuvent aussi être classés par effet (voir ci-dessous des exemples de neuroleptiques sédatifs) [43]

ANTIPSYCHOTIQUES SEDATIFS Lévomépromazine NOZINAN® Chlorpromazine LARGACTIL® Cyamémazine TERCIAN® Thioridazine MELLERIL® Sultopride BARNETIL®	Sédation de l'angoisse et de l'excitation au cours des schizophrénies et des états maniaques
ANTIPSYCHOTIQUES ANTIPRODUCTIFS Halopéridol HALDOL® Fluphénazine MODITEN® Clozapine LEPONEX® Risperidone RISPERDAL® Olanzapine ZYPREXA®	Action «antiproductive» sur le délire et les hallucinations des schizophrénies paranoïdes
ANTIPSYCHOTIQUES ANTIDÉFICITAIRES Pimozide ORAP-OPIRAN® Sulpiride DOGMATIL® à faibles doses Amisulpride SOLIAN® à faibles doses Pipotiazine PIPORTIL® à faibles doses	Action pour limiter l'apragmatisme et l'athymhormie dans certaines formes de schizophrénies (hébéphrénies)

Tableau VI : la classification des neuroleptiques par effet et classes chimiques (en couleurs les structures chimiques de 1^{ère} génération, en gris les antipsychotiques « atypiques »)

o Pour la dépression [44] :

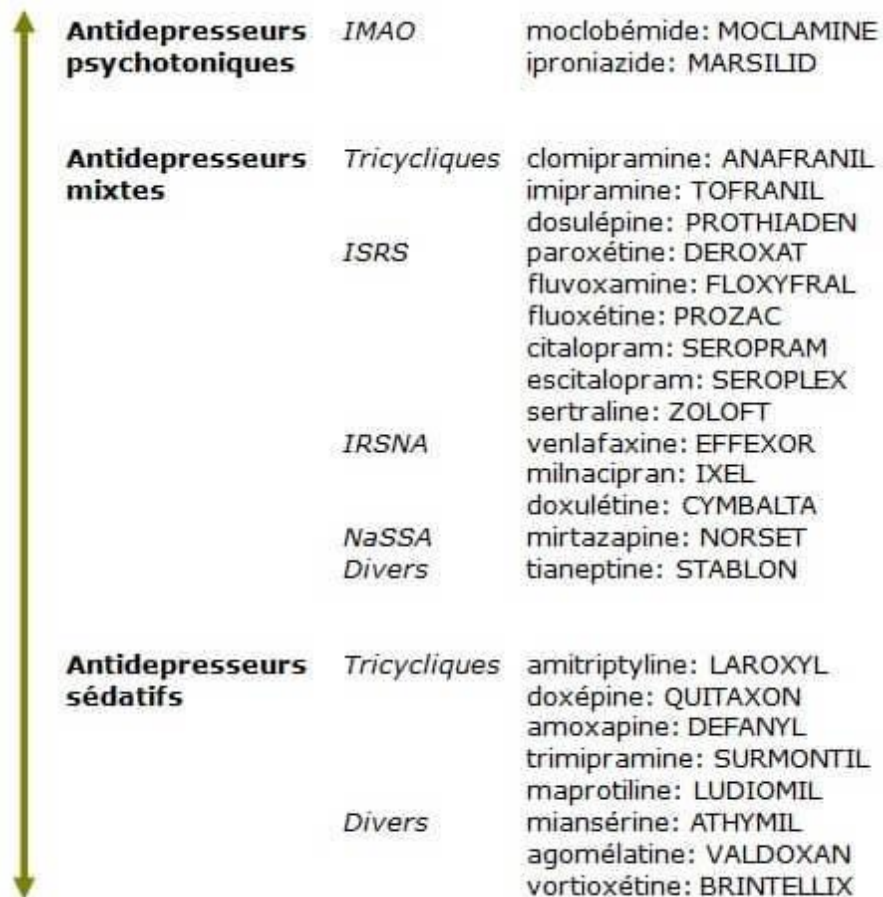


Figure 13 : Classification des antidépresseurs, à la fois par structure chimique et par utilisation clinique

Pour les addictions:

- Les mécanismes des addictions (avec ou sans substance) [45] :

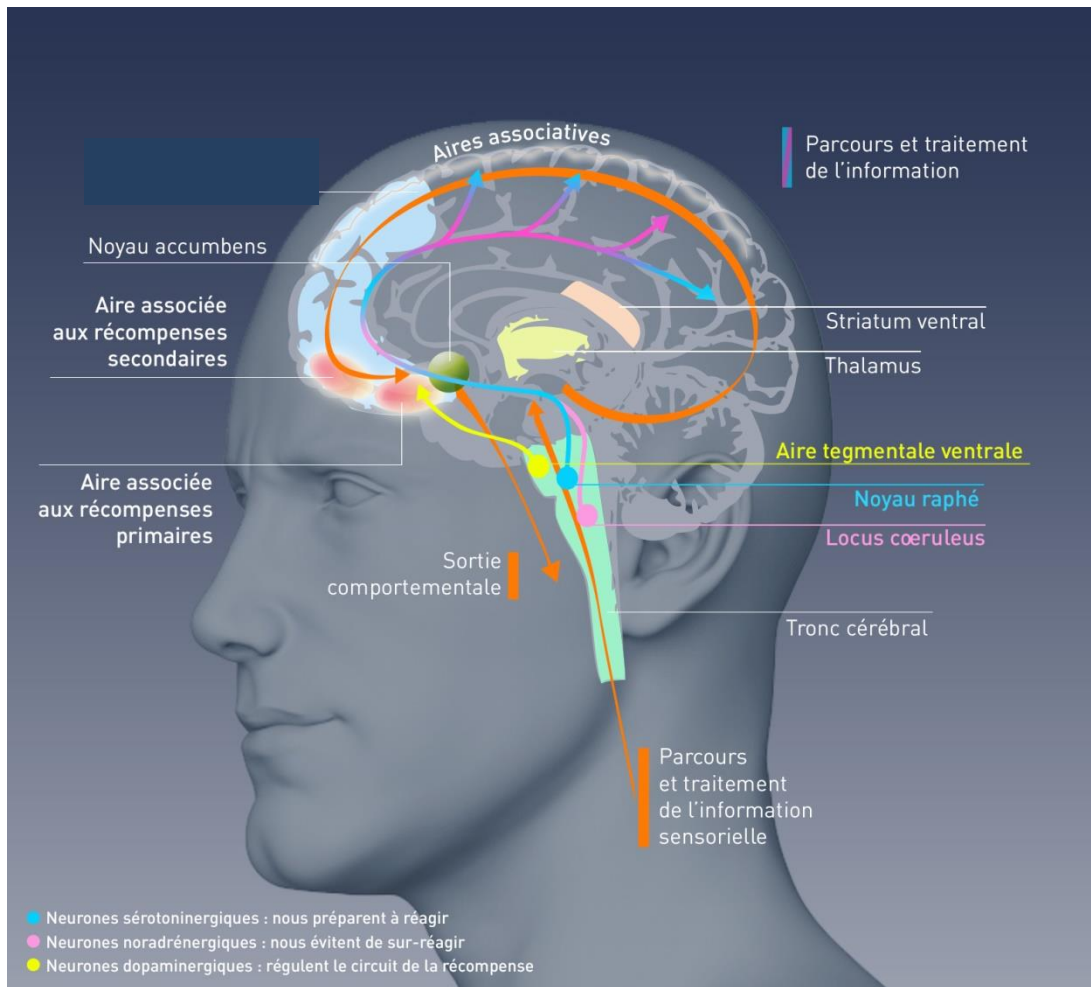


Figure 14 Localisation des structures de la récompense et circuit du traitement de l'information

Pour l'installation d'une addiction, 4 mécanismes interviennent :

- Celui de la recherche du plaisir (la motivation vient du cortex cingulaire et du cortex orbito frontal)
- Le plaisir en lui-même
 - le neurotransmetteur est la dopamine, libéré au niveau du noyau accumbens ou
 - les endorphines, pour le soulagement (plusieurs variétés d'endorphines existent, elles se lient aux récepteurs opioïdes (μ , δ , κ), qui sont très présents au niveau du système de récompense (composé de l'aire tegmentale ventrale, du noyau accumbens, de l'amygdale) et au niveau du cortex préfrontal)
- Celui de la mémorisation du plaisir (hippocampe)
- Celui de la perte de contrôle de la consommation (le cortex préfrontal ne remplit plus sa fonction)

La répétition de la consommation provoque un emballement de ces mécanismes et un besoin incessant « craving » (aire cérébrale impliquée : insula).

Schéma des dérèglements engendrés par la prise de substances [46] :

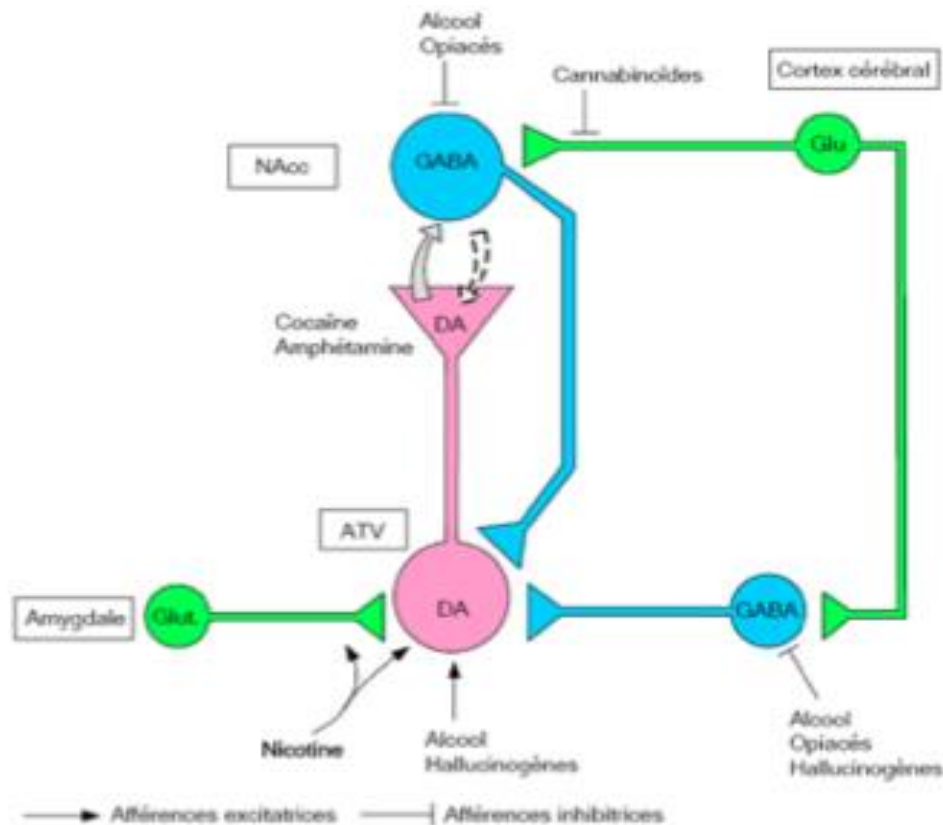


Figure 15 Mécanismes d'action des substances

ATV : aire tegmentale ventrale ; NAcc : Noyau accumbens ; DA (dopamine, sens de la libération de dopamine : de l'ATV vers le NAcc) ; Glu (glutamate : excitateur) ; GABA (acide γ -aminobutyrique : inhibiteur).

- Le traitement de l'addiction dépend de la substance (alcool, opiacé, cannabis, cocaïne, tabac...), grâce aux mécanismes identifiés de nouvelles molécules sont apparues, elles agissent pour le sevrage et pour maintenir l'abstinence ou bien pour se substituer à la substance avec moins de dommages. L'addiction sans substance ressemble biologiquement au trouble obsessionnel compulsif.
- Autres découvertes :
 - Le glutamate, transporté par la protéine VGLUT3 peut être utilisé en tant que second neurotransmetteur dans les neurones du noyau accumbens et de l'hippocampe. Un défaut en cette protéine pourrait être un facteur de vulnérabilité aux addictions et au stress.[47] [48]
 - Le striatum ne s'adapterait pas de la même façon chez des personnes « impulsives » que les autres. Ces personnes « impulsives » seraient plus à risque de développer une dépendance à la cocaïne.[49]
 - Découverte d'une prédisposition génétique au tabagisme (présente chez 1/3 de la population et 90% des gros fumeurs). Cette prédisposition (CHRNA5, sous-unité $\alpha 5$ d'un récepteur nicotinique) serait associée à une sensibilité plus faible des récepteurs nicotiques, la dose pour obtenir des effets devrait donc être plus importante. [50]

Au fil des avancées, la psychiatrie peut s'appuyer sur de plus en plus de connaissances biologiques. L'espoir est de pouvoir mieux traiter les pathologies psychiatriques grâce à un meilleur diagnostic, qui reposerait certes sur la clinique mais aussi sur le résultat de tests biologiques en complément, comme dans les autres domaines de la médecine.

1.1.4 La connaissance pour l'évaluation de la dangerosité des troubles de la personnalité

L'évaluation de la dangerosité des personnes touchées par les troubles de la personnalité est médicale et intéresse pour la prise en charge juridique, sécurisant la société. La connaissance scientifique des troubles psychiatrique et les statistiques sont donc un enjeu pour le placement adéquat de ces patients, c'est-à-dire limitant les risques (surveillance, lieu géographique séparé) et/ou favorisant la réadaptation en société.

Rappelons quelques définitions :

- La dangerosité est la probabilité de comportements violents ou d'agression.
- La violence est définie par un abus de force physique ou psychique.
- L'agression est définie par une attaque non provoquée, injustifiée et brutale envers un individu ou un pays.

Ce qui nous amène à nous poser les questions suivantes : Les malades psychiatriques ont toujours fait peur mais qu'en est-il réellement de leur dangerosité ? Quel est le risque pour les personnes de leur entourage ? Quel est aussi le risque pour une personne malade ? (de subir la violence ou les agressions de soi et d'autrui).

Un lien entre les personnes souffrant de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques, de troubles de l'humeur et de psychoses non schizophréniques, dont la psychose paranoïaque) et les comportements violents envers autrui est connu. Il y a une association modérée mais significative, en particulier pour les personnes atteintes de troubles schizophréniques :

- Environ 3-4x plus de risque de violence hétéro-agressive (vs personne sans trouble) pour les personnes avec troubles de l'humeur et symptômes psychotiques
- Environ 5x plus de risque de violence hétéro-agressive pour les personnes avec troubles schizophréniques

Cependant :

- Tous types de violence confondus : < 10% seraient dues à des personnes souffrant de troubles mentaux (faible nombre de personne commettant les actes violents).
- Les chiffres des homicides par troubles mentaux graves sont à 0,16 homicide pour 100 000 habitants, soit environ un homicide sur 20.

Ces chiffres proviennent d'études transversales, cas témoin (permettant de calculer un odds ratio) et de cohorte (personnes suivies dès la naissance (dont une portion développera une maladie mentale) ou personnes suivies après hospitalisation en psychiatrie). [51]

Pour ces malades, la désafférentation sociale et la stigmatisation sont les principaux problèmes rencontrés.

Les recommandations de la HAS sont, au regard des données psychiatriques et criminologiques sont [51] :

- De relayer l'information suivante : les cas de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux, et les principales victimes de violence sont ces malades
- De ne pas réduire les personnes à leur maladie
- De rechercher et prendre en charge les comorbidités car le risque de violence est corrélé à ces comorbidités
- D'évaluer la confusion mentale et les fonctions cognitives
- De faire attention aux psychoses déficitaires (il existe un lien entre déficience et perturbations du comportement)
- Eviter une rupture des soins
- Prendre en charge de façon coordonnée trouble psychiatrique et conduite addictive
- Suivre les patients sortis d'hospitalisation pendant les 6 premiers mois

Pour les troubles de la personnalité sont trouvées les informations suivantes :

- Un lien entre délinquance précoce, prise de substance et personnalité antisociale [51]
- Un lien entre augmentation de comportements violents et personnalité borderline (aussi, les personnes borderline auraient pour 70% d'entre elles été victime d'expériences traumatiques, souvent un abus émotionnel ou une séparation précoce) [51][36]
- Un lien entre abus de substance et personnalité borderline (plus de 20% a un abus de substance) [36]
Ces personnes auraient 4x plus de risque de violence physique après sortie d'hôpital par rapport à une personne sans histoire de trouble de personnalité.[51]
- Environ 65% des personnes atteintes de schizophrénie et condamnés pour une infraction criminelle ont une personnalité antisociale [51]
- Environ 70% des personnes à la fois schizophrènes et avec une personnalité antisociale ont connu un abus de drogue [51]
- Les patients psychotiques avec un trouble de la personnalité commettraient 1.7x plus d'agressions que les patients sans trouble de la personnalité co-morbide (les personnalités associées sont : paranoïde, dyssociale et impulsive).[51]
- Environ 50% des patients psychotiques auteurs de parricide auraient une personnalité schizoïde prémorbide [52]

Comment est prise en charge la dangerosité?

→ Il existe des bases de données au niveau:

- de la gendarmerie : système des infractions constatées (STIC)
- de la justice : recueil de l'activité des parquets et juridictions (activité pénale)
- des hôpitaux : mise en place d'observatoires dans les hôpitaux. Les agressions y sont recensées (signalement des évènements indésirables). Les mesures de sécurité à l'hôpital sont prises par les CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), présidés généralement par le chef d'établissement. Dans certaines situations les services de police et de gendarmerie peuvent être sollicités.
- national :
 - mise en place d'un observatoire par la DHOS (direction générale de l'offre de soins). Les signalements remontent via les ARH (agence régionale de l'hospitalisation).
 - Organisation des soins : des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) et des Unités d'hospitalisation pour Malades Difficiles (UMD)

- Mise en place d'un centre national d'évaluation pour détecter les condamnés atteints de troubles mentaux. Le but est le diagnostic et la prise en charge médicale de ces détenus. [53]

→ Comment évalue-t-on la dangerosité d'un individu ?

Dans le cadre pénal, ce sont les experts psychiatre qui évaluent, à partir des composantes suivantes :

- Historique : dommage causé (intensité, type, cible, contexte), dommages subis
- Facteurs de risque
 - Données cliniques (ex : association d'un trouble de la personnalité à une prise de substance)
 - Données sociales (ex : désinsertion, âge jeune, célibat...)
- Facteurs contextuels (facteurs facilitant le passage à l'acte et facteurs protecteurs)

L'objectif est de prédire les comportements, d'estimer la probabilité de récidive et donc d'éclairer la décision du juge.

La connaissance statistique est importante pour l'évaluation des facteurs de risque.

Sachant qu'il est assez difficile de savoir comment toutes ces données vont se combiner et ce qu'il va en résulter, certaines associations permettent de repérer des profils, par ex :

- Schizophrénie, abus de substance et personnalité antisociale
- Schizophrénie chronique, signes neurologiques et neuropsychologiques traduisant des anomalies cérébrales structurales
- Schizophrénie paranoïde avec délire de persécution, d'influence ou de grandeur

Le trouble de la personnalité est considéré comme un facteur clinique devant être pris en compte. [54]

Parmi les outils de jugement clinique, l'échelle Historical Clinical Risk-20 (HCR-20) est particulièrement utilisée :

Facteurs historiques (0 à 20)	Facteurs cliniques (0 à 10)	Facteurs de gestion du risque (0à10)
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 Premier acte de violence commis durant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de maladie mentale grave	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problèmes d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservation des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au traitement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 inadaptation durant la jeunesse		
H9 Troubles de la personnalité		
H10 Echecs antérieurs de surveillance		

Figure 16 Facteurs historiques, cliniques et de gestion du risque de l'échelle HCR-20

L'échelle de psychopathie de Hare est toujours utilisée pour l'évaluation de la psychopathie (20 items) :

	FACTEUR Interpersonnel	FACTEUR Antisocial
1. Loquacité et charme superficiel	X	
2. Sens grandiose du moi	X	
3. Besoin de stimulation et tendance à l'ennui		X
4. Mensonge pathologique	X	
5. Manipulation	X	
6. Manque de remords et de culpabilité	X	
7. Étroitesse émotionnelle	X	
8. Manque d'empathie	X	
9. Tendance au parasitisme		X
10. Mauvais contrôle comportemental		X
11. Promiscuité du comportement sexuel		
12. Problèmes précoces de comportements		X
13. Manque de buts à long terme		X
14. Impulsivité		X
15. Irresponsabilité		X
16. Incapacité à accepter la responsabilité de ses propres actes	X	
17. Brèves et multiples relations conjugales		
18. Délinquance juvénile		X
19. Révocation de libération conditionnelle		X
20. Multiplicité des types de délits commis par le sujet		X

Figure 17 Détail des caractéristiques du psychopathe

D'autres échelles que le HCR-20 existent pour évaluer le risque de récidive (LSI-R : Level of Service Inventory) et pour évaluer la violence des patients hospitalisés (BVC : Broset Violence Checklist). [52]

1.2 Définitions actuelles (selon les référentiels DSM-5 (sections II et III) et CIM-11 (chapitre 6))

1.2.1 La définition générale

DSM-5 :

La définition générale du trouble de la personnalité selon le DSM-5 est la même que celle du DSM-IV, elle est comme suit :

« Mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source de souffrance ou d'une altération du fonctionnement » [31]

Dans le CIM-11, la définition est la suivante :

« Personality disorder is characterized by problems in functioning of aspects of the self (e.g., identity, self-worth, accuracy of self-view, self-direction), and/or interpersonal dysfunction (e.g., ability to develop and maintain close and mutually satisfying relationships, ability to understand others' perspectives and to manage conflict in relationships) that have persisted over an extended period of time (e.g., 2 years or more). The disturbance is manifest in patterns of cognition, emotional experience, emotional expression, and behaviour that are maladaptive (e.g., inflexible or poorly regulated) and is manifest across a range of personal and social situations (i.e., is not limited to specific relationships or social roles). The patterns of behaviour characterizing the disturbance are not developmentally appropriate and cannot be explained primarily by social or cultural factors, including socio-political conflict. The disturbance is associated with substantial distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.» [55]

1.2.2 Les critères de diagnostic « généraux »

Ils découlent directement de la définition générale.

Selon le DSM-5 :

- A. « Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 1. la cognition
 2. l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 3. le fonctionnement interpersonnel
 4. le contrôle des impulsions
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., drogue) ou d'une affection médicale générale. » [31]

NB : Dans une tentative d'innovation, les critères suivants avaient été proposés dans ce même DSM-5, ces critères se rapprochent d'un bilan de compétences :

« Les troubles de la personnalité représentent une incapacité de développer un sentiment d'identité et un fonctionnement interpersonnel qui sont adaptatifs dans le contexte des normes et attentes culturelles de la personne.

A. Un échec d'adaptation qui se manifeste dans un ou les deux domaines suivants:

1. Déficience du sens de sa propre identité comme manifesté dans un ou plus des domaines suivants:

i. Intégration de l'identité. Notion de soi ou une identité faiblement intégrée (ex. un sens limité d'unité personnelle et de continuité; ressentir des états de soi changeants; croire que le soi présenté aux autres est une façade).

ii. Intégrité du concept de soi. Notion de soi ou identité appauvrie et peu différenciée (ex. difficulté à identifier et décrire des attributs personnels; sentiment de vide intérieur; limites interpersonnelles peu délimitées; définition de soi qui change avec le contexte social)

iii. Direction personnelle (self-directedness). Peu de direction personnelle (ex. incapacité d'établir et d'atteindre des buts satisfaisants; manque de direction, de sens et de but à la vie)

2. Incapacité de développer un fonctionnement interpersonnel efficace comme manifesté dans un ou plus des domaines suivants:

i. Empathie. Capacité altérée d'empathie et de réflexion (ex. trouver difficile de comprendre les états mentaux des autres)

ii. Intimité. Capacité altérée de relations intimes (ex. incapable d'établir et de maintenir des relations proches et intimes; incapacité de fonctionner comme une figure d'attachement véritable; incapacité d'établir ou de maintenir des amitiés)

iii. Coopération. Échec à développer la capacité de comportement prosocial (ex. échec du développement de la capacité de comportements moraux socialement typiques, absence d'altruisme)

iv. Complexité et intégration de la représentation des autres. Représentations des autres peu intégrées (ex. formée des images distinctes et peu reliées de personnes significatives)

B. L'échec d'adaptation est associé à des niveaux extrêmes d'un ou plusieurs traits de personnalité.

C. L'échec d'adaptation est relativement stable à travers le temps et consistant à travers les situations avec un début qui peut être retracé au moins à l'adolescence.

D. L'échec d'adaptation n'est pas seulement expliqué comme une manifestation ou une conséquence d'un autre trouble mental.

E. L'échec d'adaptation n'est pas seulement dû aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une drogue prêtant à abus, un médicament) ou une condition médicale générale (ex. un traumatisme crânien sévère). » [31]

Selon le CIM-11 : les critères sont donnés dans la définition générale, il n'y a pas de liste créée pour le diagnostic. Les 3 définitions suivantes précisent les degrés de sévérité :

6D10.0 Mild personality disorder :

« All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met. Disturbances affect some areas of personality functioning but not others (e.g., problems with self-direction in the absence of problems with stability and coherence of identity or self-worth), and may not be apparent in some contexts. There are problems in many interpersonal relationships and/or in performance of expected occupational and social roles, but some relationships are maintained and/or some roles carried out. Specific manifestations of personality disturbances are generally of mild severity. Mild Personality Disorder is typically not associated with substantial harm to self or others, but may be associated with substantial distress or with impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning that is either limited to circumscribed areas (e.g., romantic relationships; employment) or present in more areas but milder. »

6D10.1 Moderate personality disorder :

« All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met. Disturbances affect multiple areas of personality functioning (e.g., identity or sense of self, ability to form intimate relationships, ability to control impulses and modulate behaviour). However, some areas of personality functioning may be relatively less affected. There are marked problems in most interpersonal relationships and the performance of most expected social and occupational roles are compromised to some degree. Relationships are likely to be characterized by conflict, avoidance, withdrawal, or extreme dependency (e.g., few friendships maintained, persistent conflict in work relationships and consequent occupational problems, romantic relationships characterized by serious disruption or inappropriate submissiveness). Specific manifestations of personality disturbance are generally of moderate severity. Moderate Personality Disorder is sometimes associated with harm to self or others, and is associated with marked impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning, although functioning in circumscribed areas may be maintained. »

6D10.2 Severe personality disorder :

« All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met. There are severe disturbances in functioning of the self (e.g., sense of self may be so unstable that individuals report not having a sense of who they are or so rigid that they refuse to participate in any but an extremely narrow range of situations; self view may be characterized by self-contempt or be grandiose or highly eccentric). Problems in interpersonal functioning seriously affect virtually all relationships and the ability and willingness to perform expected social and occupational roles is absent or severely compromised. Specific manifestations of personality disturbance are severe and affect most, if not all, areas of personality functioning. Severe Personality Disorder is often associated with harm to self or others, and is associated with severe impairment in all or nearly all areas of life, including personal, family, social, educational, occupational, and other important areas of functioning. »

1.2.3 Les 3 grands groupes de troubles, les 10 personnalités pathologiques : définition clinique, épidémiologie et facteurs de risque

- La définition clinique (**selon le DSM-5**) est donnée par la figure et le tableau suivant [31]. La figure suivante donne l'organisation des personnalités, en 3 clusters, qui ont chacun leurs caractéristiques :

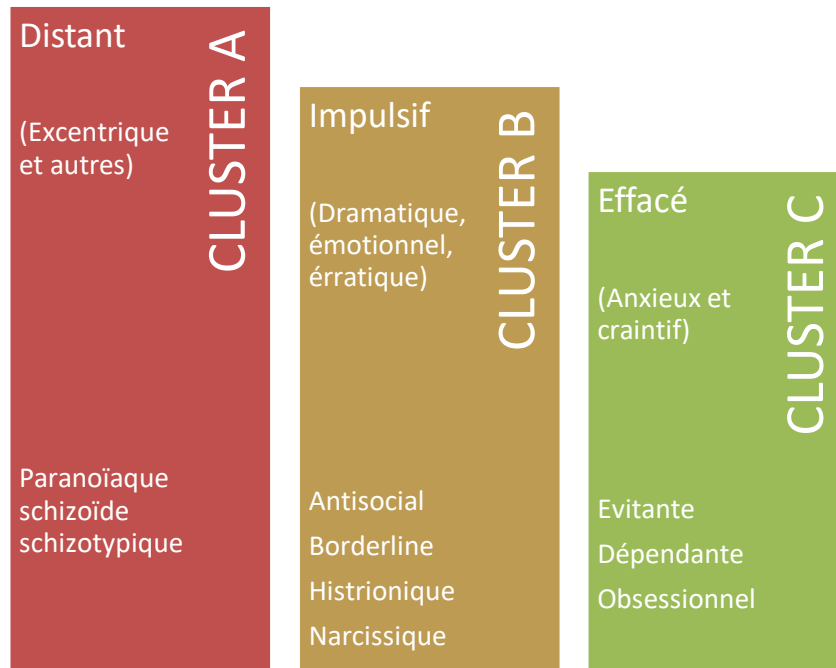


Figure 18 : Les 3 clusters de personnalités

Le tableau suivant reprend les clusters de personnalité et fait un focus sur chaque personnalité, avec les caractéristiques générales et les critères de reconnaissance de ces personnalités.

CLUSTER A – Distant	Caractéristiques générales	Détail des critères
Paranoïaque	Des suspicions irrationnelles	<ul style="list-style-type: none"> Elle s'attend, sans raison suffisante, à être trompée ou exploitée. Elle est préoccupée par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de son entourage. Elle est réticente à se confier de peur que l'information soit utilisée contre elle. Elle analyse des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des commentaires, comportements ou événements anodins. Très rancunière, elle ne pardonne pas d'être dédaignée ou blessée. Elle s'imagine des attaques contre elle ou sa réputation, et y réagit avec colère. Elle met en doute la fidélité de son conjoint/partenaire sexuel sans justification et de façon répétée.

Schizoïde	Détachement des relations sociales, restriction dans l'expression de la variété des émotions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales. ▪ Choisit presque toujours des activités solitaires. ▪ N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes. ▪ N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune. ▪ N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré. ▪ Semble indifférente aux éloges et à la critique d'autrui. ▪ Fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité.
Schizotypique	Une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles Des conduites excentriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Idées de référence</i> : croyances erronées selon lesquelles les événements, les objets ou les autres personnes de l'environnement immédiat de la personne ont une signification particulière et inhabituelle (à l'exception des idées délirantes de référence). ▪ Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres). ▪ Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles. ▪ Pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés). ▪ Idéation méfiante ou persécutoire. ▪ Inadéquation ou pauvreté des affects. ▪ Comportements ou aspects bizarres, excentriques ou singuliers. ▪ Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré. ▪ Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand la personne se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

CLUSTER B – Impulsif	Caractéristiques générales	Détail des critères
Antisocial	Un mépris et une transgression des droits d'autrui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation. ▪ Tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries. ▪ Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance. ▪ Irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions. ▪ Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui. ▪ Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières. ▪ Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
Borderline	Une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. ▪ Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation. ▪ Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels; des changements soudains d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations). ▪ Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). ▪ Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours). ▪ Sentiments chroniques de vide. ▪ Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées). ▪ Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.
Histrionique	Des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne est mal à l'aise dans les situations où elle n'est pas au centre de l'attention d'autrui. ▪ L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provoquante. ▪ Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante. ▪ Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi. ▪ Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails. ▪ Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle. ▪ Suggestibilité, est facilement influencée par autrui ou par les circonstances. ▪ Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.
Narcissique	Un degré exagéré de mégalomanie, un besoin d'admiration et un manque d'empathie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex., surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnue comme supérieure sans avoir accompli quelque chose en rapport). ▪ Est absorbée par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal. ▪ Pense être « spéciale » et unique et ne pouvoir être admise ou comprise que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau. ▪ A eu besoin excessif d'être admirée. ▪ Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits. ▪ Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'empathie : n'est pas disposée à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui. ▪ Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient. ▪ Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.
CLUSTER C – Effacé	Caractéristiques générales	Détail des critères
Évitante	Inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté. ▪ Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé. ▪ Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule. ▪ Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales. ▪ Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur. ▪ Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres. ▪ Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.
Dépendante	Un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassurée ou conseillée de manière excessive par autrui. ▪ A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie. ▪ A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions). ▪ A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie). ▪ Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sent mal à l'aise ou impuissante quand elle est seule par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller. ▪ Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont elle a besoin. ▪ Est préoccupée de manière irréaliste par la crainte d'être laissée à se débrouiller seule.
Obsessionnelle-compulsive	Une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue ▪ perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies) ▪ dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents) ▪ est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle) ▪ incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale ▪ réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ▪ se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures ▪ se montre rigide et têtu.
Non spécifié	Présente les critères généraux d'un trouble de la personnalité et présente des traits de différents troubles de la personnalité. Ne correspond complètement à aucun trouble.	Combinaison de ceux listés ci-dessus

Tableau VII : Critères de diagnostic clinique des personnalités pathologiques du DSM-5

- Définitions cliniques (CIM-11) [55] :

Les six définitions suivantes explicitent la nature des troubles du fonctionnement visés par la définition générale du CIM-11 :

6D11.0 Negative affectivity in personality disorder or personality difficulty :

« The core feature of the Negative Affectivity trait domain is the tendency to experience a broad range of negative emotions. Common manifestations of Negative Affectivity, not all of which may be present in a given individual at a given time, include: experiencing a broad range of negative emotions with a frequency and intensity out of proportion to the situation; emotional lability and poor emotion regulation; negativistic attitudes; low self-esteem and self-confidence; and mistrustfulness. »

6D11.1 Detachment in personality disorder or personality difficulty :

« The core feature of the Detachment trait domain is the tendency to maintain interpersonal distance (social detachment) and emotional distance (emotional detachment). Common manifestations of Detachment, not all of which may be present in a given individual at a given time, include: social detachment (avoidance of social interactions, lack of friendships, and avoidance of intimacy); and emotional detachment (reserve, aloofness, and limited emotional expression and experience). »

6D11.2 Dissociality in personality disorder or personality difficulty :

« The core feature of the Dissociality trait domain is disregard for the rights and feelings of others, encompassing both self-centeredness and lack of empathy. Common manifestations of Dissociality, not all of which may be present in a given individual at a given time, include: self-centeredness (e.g., sense of entitlement, expectation of others' admiration, positive or negative attention-seeking behaviours, concern with one's own needs, desires and comfort and not those of others); and lack of empathy (i.e., indifference to whether one's actions inconvenience hurt others, which may include being deceptive, manipulative, and exploitative of others, being mean and physically aggressive, callousness in response to others' suffering, and ruthlessness in obtaining one's goals). »

6D11.3 Disinhibition in personality disorder or personality difficulty :

« The core feature of the Disinhibition trait domain is the tendency to act rashly based on immediate external or internal stimuli (i.e., sensations, emotions, thoughts), without consideration of potential negative consequences. Common manifestations of Disinhibition, not all of which may be present in a given individual at a given time, include: impulsivity; distractibility; irresponsibility; recklessness; and lack of planning. »

6D11.4 Anankastia in personality disorder or personality difficulty :

« The core feature of the Anankastia trait domain is a narrow focus on one's rigid standard of perfection and of right and wrong, and on controlling one's own and others' behaviour and controlling situations to ensure conformity to these standards. Common manifestations of Anankastia, not all of which may be present in a given individual at a given time, include: perfectionism (e.g., concern with social rules, obligations, and norms of right and wrong, scrupulous attention to detail, rigid, systematic, day-to-day routines, hyper-scheduling and planfulness, emphasis on organization, orderliness, and neatness); and emotional and behavioral constraint (e.g., rigid control over emotional expression, stubbornness and inflexibility, risk-avoidance, perseveration, and deliberativeness). »

6D11.5 Borderline pattern :

« The Borderline pattern descriptor may be applied to individuals whose pattern of personality disturbance is characterized by a pervasive pattern of *instability of interpersonal relationships, self-image, and affects*, and marked *impulsivity*, as indicated by many of the following: Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment; A pattern of unstable and intense interpersonal relationships; Identity disturbance, manifested in markedly and persistently unstable self-image or sense of self; A tendency to act rashly in states of high negative affect, leading to potentially self-damaging behaviours; Recurrent episodes of self-harm; Emotional instability due to marked reactivity of mood; Chronic feelings of emptiness; Inappropriate intense anger or difficulty controlling anger; Transient dissociative symptoms or psychotic-like features in situations of high affective arousal. »

Nous retrouvons ici les dix personnalités pathologiques du DSM-5 réarrangées en six expressions des troubles. Une correspondance peut être dressée comme suit :

- **Affectivité négative** (~ les 10 personnalités, à l'exception de la personnalité schizoïde): telle que décrite il s'agit essentiellement des personnalités borderline, dépendante, évitante et paranoïaque
- **Détachement** (~ cluster A) : essentiellement les personnalités schizoïde et schizotypique
- **Anti socialité** : les personnalités antisociale, histrionique et narcissique
- **Désinhibée** (~ cluster B) : essentiellement les personnalités borderline, antisociale
- **Anankastique** : la personnalité obsessionnelle compulsive
- **Borderline** : la personnalité borderline

Bien que plus récente, nous accorderons plus d'importance à la classification du DSM-5, qui est encore la plus utilisée et avec laquelle le recul est supérieur.

- Epidémiologie :

Les chiffres selon la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* de 2000-2002 :

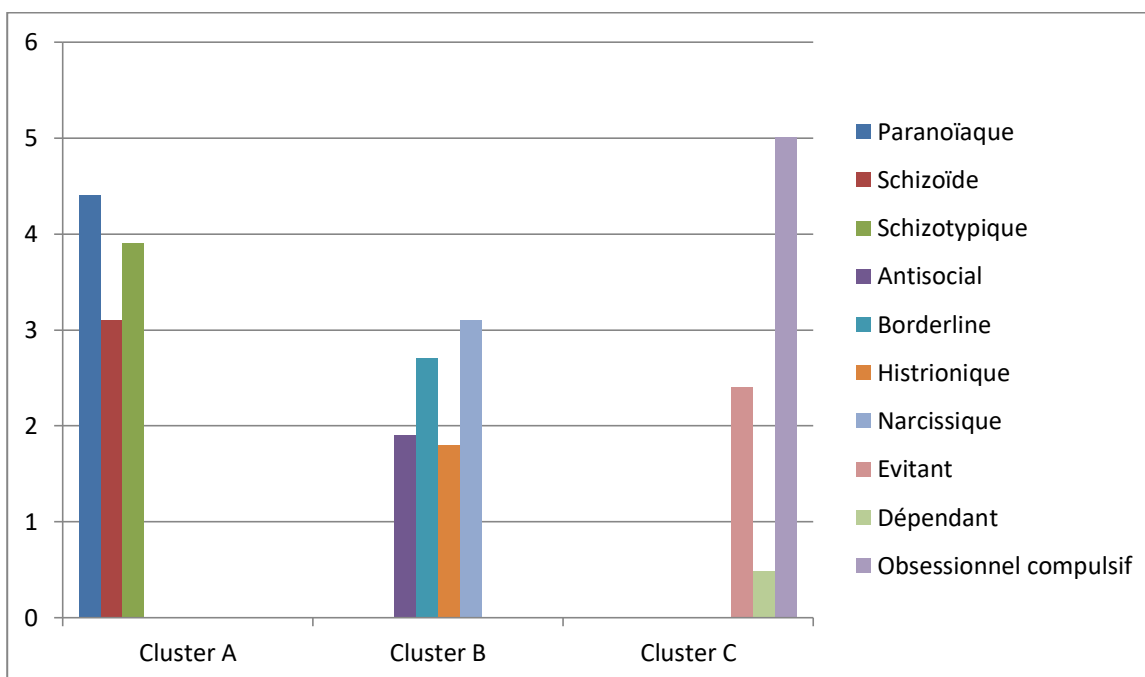


Figure 19 : Prévalence des troubles de la personnalité dans la population générale (en pourcentage)

Environ 10% de la population développera un trouble de la personnalité au cours de la vie [56].

Répartition Homme Femme [57] [58] :

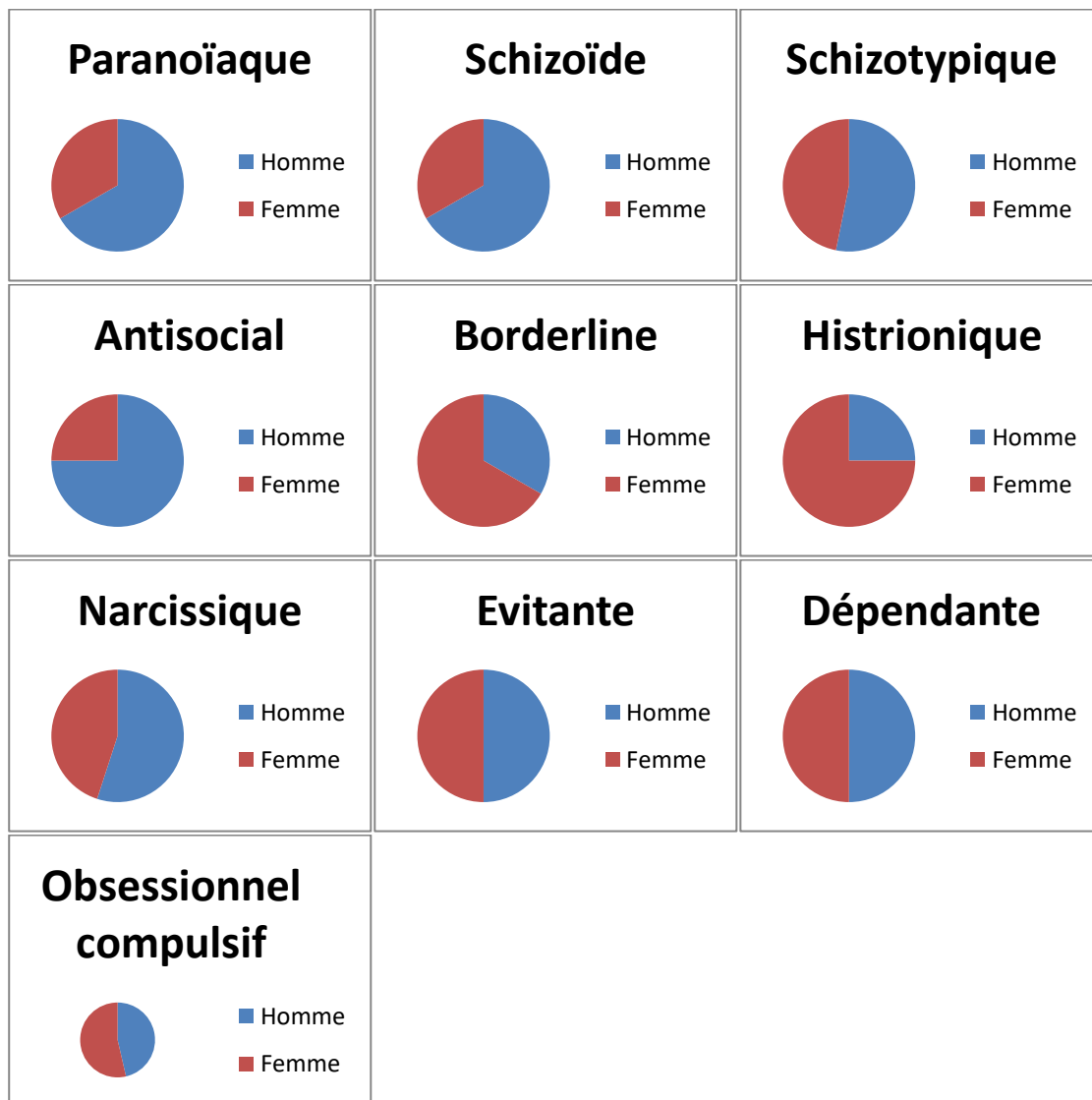


Figure 20 : Ratio de prévalence des personnalités selon le sexe

53% des hommes présentant un trouble de la personnalité borderline sont homosexuels (10x plus que dans la population générale). [36]

Les troubles de la personnalité en psychiatrie :

Ils représentent 30-40% de la population psychiatrique en France [59]. [58] [60]

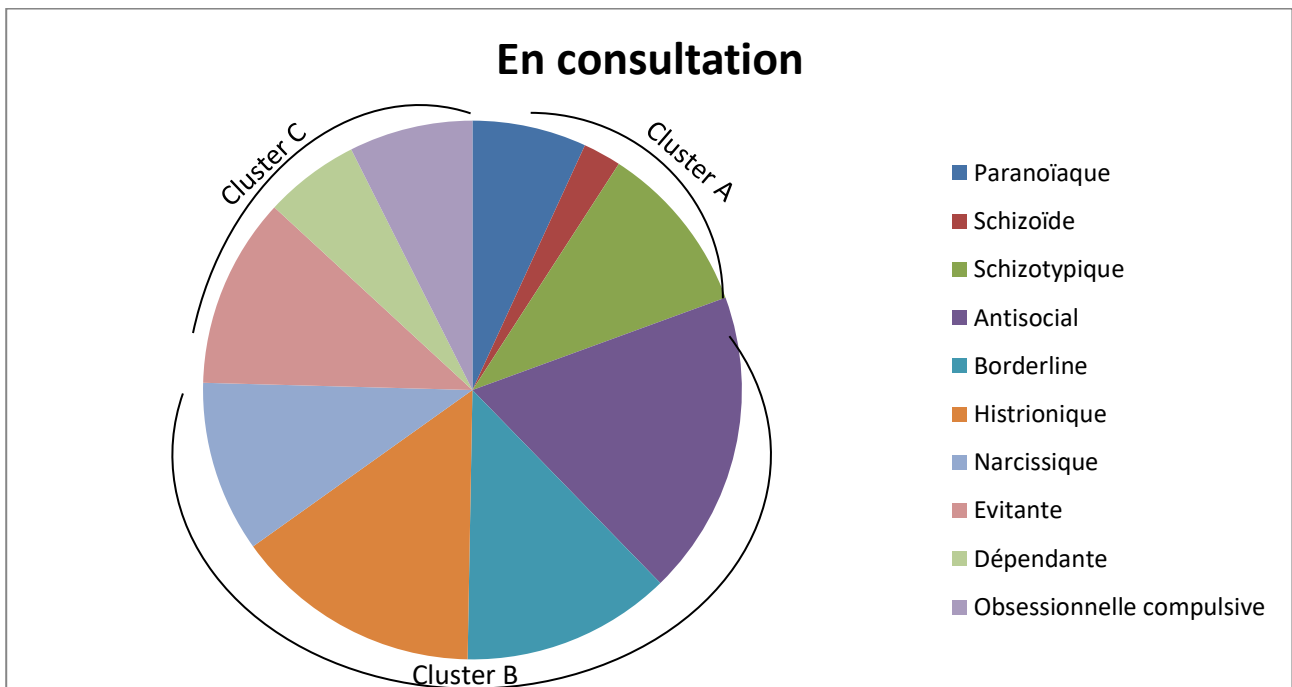


Figure 21 : Taux de consultation en fonction de la personnalité

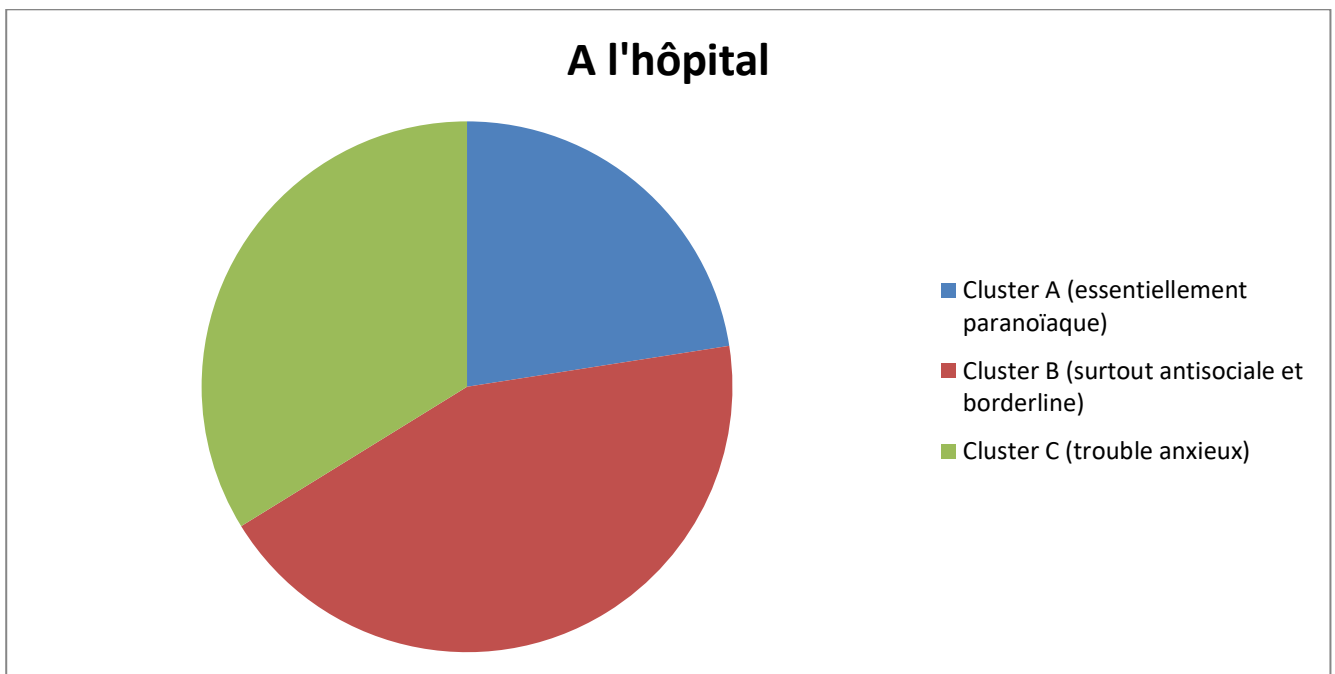


Figure 22 : Taux d'hospitalisation en fonction du cluster

Mortalité :

Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie :

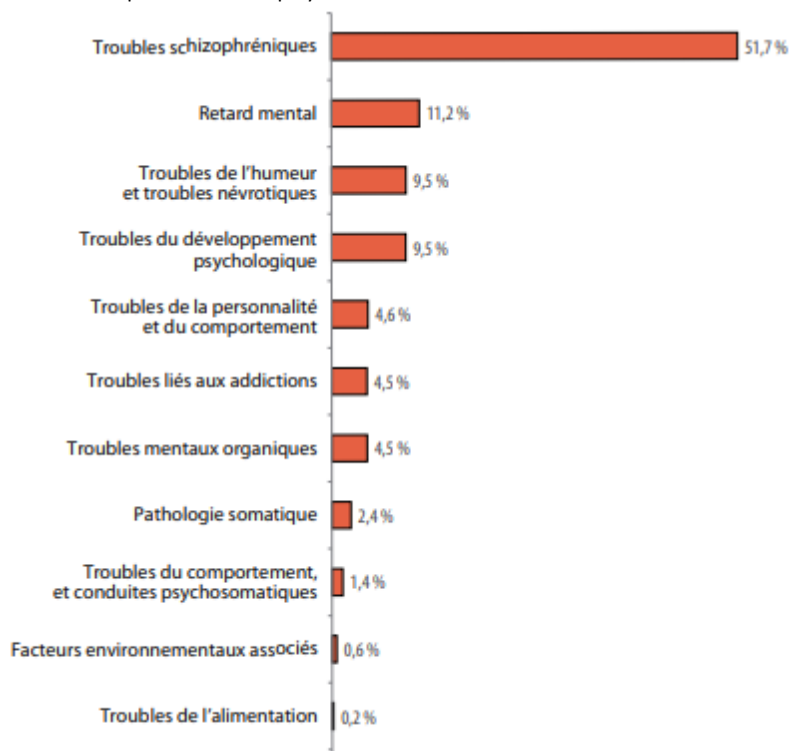


Figure 23 : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.

Répartition des décès en fonction des troubles mentaux [61] :

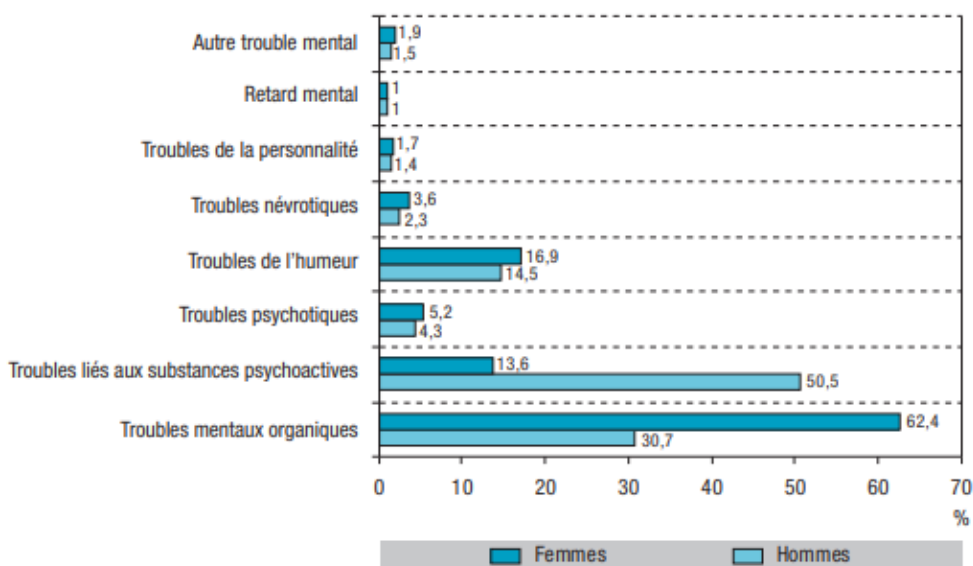


Figure 24 : Distribution des troubles mentaux (TM) parmi les décès avec TM, selon le sexe, 2000-2013 (causes non exclusives)

Répartition des causes de décès pour les troubles de personnalité du cluster B [62] :

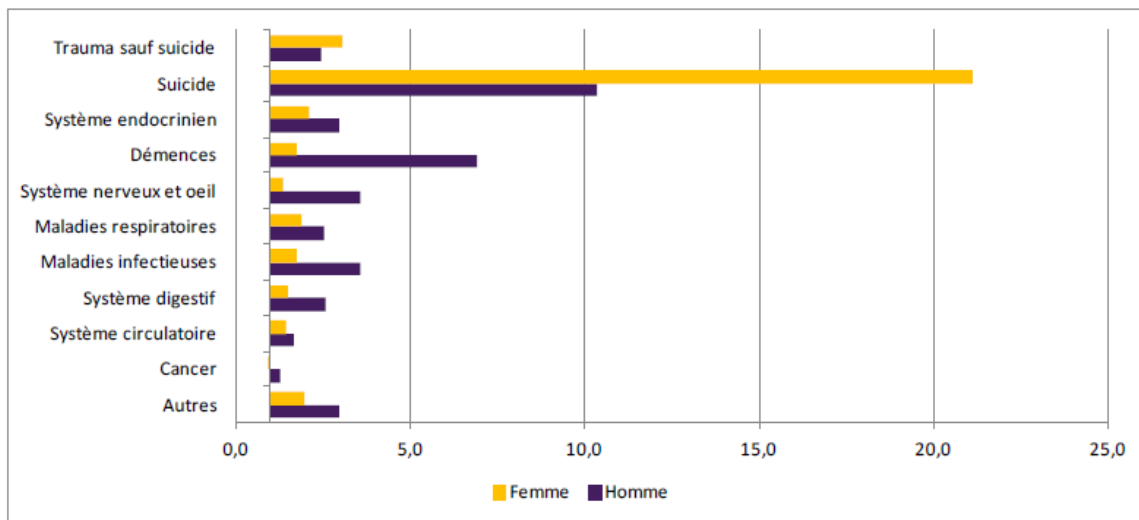


Figure 25 : Rapport de taux (atteints de trouble de la personnalité du groupe B/ non atteints) des causes de décès en fonction du sexe, Québec, 2000-2009

Plus d'un tiers des personnes décédées par suicide présentaient un trouble de la personnalité.

- Facteurs de risque :

Il y a un nombre accru de TP dans les milieux défavorisés et pour les personnes d'origine urbaine. Parmi les personnes présentant un TP, plus d'agressivité a été rapportée pour les jeunes hommes célibataires.

1.2.4 Avantages et inconvénients de cette classification

La classification (DSM-5) fait actuellement débat, les principaux arguments sont les suivants [63] [64] :

Avantages de la classification :

- Un référentiel normatif utilisé par tous, qui facilite la communication et la prise de décision
- Permet un codage
- Des études épidémiologiques et cliniques ont été réalisées avec ce référentiel

Inconvénients :

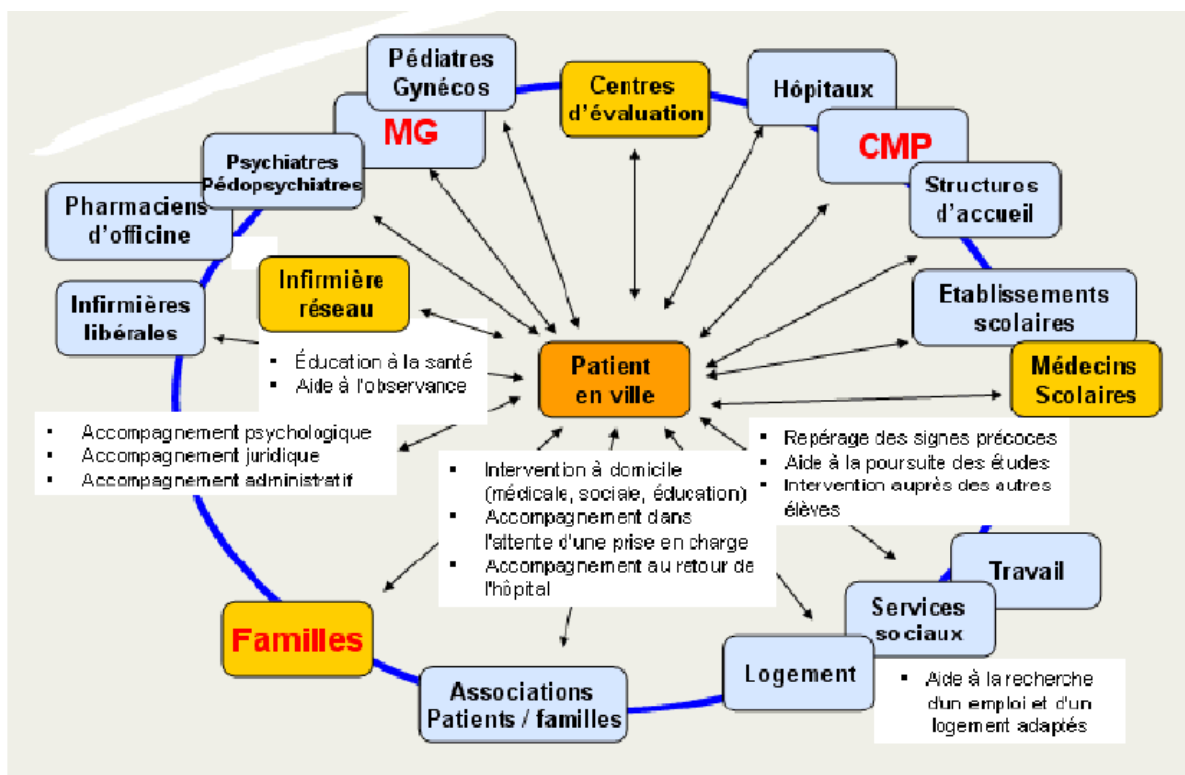
- Approche statique (l'humain est plus complexe que cela si l'on le regarde dans l'ensemble des interactions sociales)
- Risque d'erreur : des critères à la fois trop larges (beaucoup se retrouvent dans ces critères) et dont l'interprétation stricte résumerait à une étiquette
- Pertinence même de diagnostiquer un ensemble de sous-diagnostic plutôt que rester avec la globalité
- Non basé sur de la biologie mais oriente vers un traitement
- Son utilité est donc à relativiser pour la pratique clinique et pour la recherche
- Surpathologisation : trop de catégories dont certaines reflèteraient avant tout des problèmes de société (le choix des catégories ne serait pas assez indépendant de l'épidémiologie), les causes, le contexte ne seraient pas assez pris en considération

NB : Dans une nouvelle approche, le DSM-5 projetait de réduire le nombre de troubles de la personnalité à 6 : schizotypique, antisocial, borderline, narcissique, évitant et obsessionnel-compulsif. Ce changement de terminologie, comme celui du CIM-11 ne suffira à pallier aux inconvénients listés ci-dessus.

2. La prise en charge des troubles de la personnalité

2.1 Acteurs, ressources

L'organisation des soins en psychiatrie est dans la répartition entre une multitude de structures. Ci-dessous un schéma global de l'offre de soin en France [65] :



MG : médecin généraliste
 CMP : centre médico-psychologique

Figure 26 : Une offre de soin morcelée

Il faut garder à l'esprit que cette offre de soin est dynamique, diversifiée et dispersée.

Depuis la loi de 1970 (réforme hospitalière), chaque département français est découpé en secteurs géo-démographiques (>70000 habitants). [66]

Le dispositif de soin est du coup divisé entre deux organisations : sectorisée ou pas.

Sectorisée (public)	Non sectorisée (privé)
Des activités de soins de plus en plus spécialisées, dispersées sur le territoire, de multiples partenariats et modalités d'intervention.	Des activités de soins plus ou moins spécialisées, centrées sur les sites hospitaliers
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissements de santé (intra-hospitalier & extra-hospitalier : CMP, hôpital de jour, CATTP) ; offre de soins planifiée avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), contrat de l'établissement avec l'ARS ▪ Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; offre de soins planifiée avec le projet médical partagé (PMP), qui est une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS ▪ Communauté psychiatrique de territoire (CPT) ; la convention constitutive de la CPT fixe les objectifs et mesures sur 5 ans 	Cliniques privées Psychiatrie libérale

Tableau VIII : sectorisation des soins

Les établissements de santé se sont ensuite organisés en pôles d'activité (loi HPST en 2009). Un pôle d'activité correspond à plusieurs secteurs (mais peut avoir tendance à devenir un secteur). Il facilite le fonctionnement des dispositifs intersectoriels.

Au niveau régional, le projet régional de santé (PRS) englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention. Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS.

Un autre outil : le projet territorial de santé mentale (PTSM) : son élaboration est initiée par les acteurs de santé mentale volontaires, au sein d'un territoire de santé mentale déterminé par eux, le directeur de l'ARS veillant à sa pertinence. Les actions pour sa mise en œuvre font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

❖ Ci-dessous les fonctions des principales structures de soin : [67]

Médecin généraliste	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage, fait accepter les soins psychiatriques en dédramatisant, surveillance, suivi de maladie organique • Evite l'errance des soins, fait attention à ne pas donner de bénéfices à des patients manipulateurs
Centre médicopsychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Soins ambulatoires, pivot des secteurs de psychiatrie • Equipe multidisciplinaire: accueil infirmier, assistance sociale, consultations psychiatriques, bilans et psychothérapies par les psychologues, serétariat
Hospitalisation psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> • Sectorisée (environ 1 lit pour 1000 habitants) • Risque vital (épisode aigu psychotique ou thymique), ou risque d'aggravation
Centres de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendent du centre hospitalier (ouverts 24h/24h) • Pour des prises en charge intensives et de courte durée
Consultations post-urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Pour décider du suivi dans les cas particuliers (refus d'hospitalisation, crises, difficulté à trouver une consultation ambulatoire ou une équipe de suivi)
Orientation lits porte	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation de très courte durée • En attendant de prendre les mesures pour l'hospitalisation sans consentement
Hôpital de semaine, hospitalisation séquentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation programmée ou en urgence en début de semaine • Pour les patients (avec troubles psychotiques, conduites addictives, conduites suicidaires) traités pour une crise brève (< 1 semaine)
Psychiatrie de liaison	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies mixtes (une partie est somatique) • Hôpital ou institution
Clinique privée	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation non sectorisée • Certaines cliniques sont spécialisées (soins aux adolescents, aux toxicomanes, aux alcooliques...) • Parfois pour les hospitalisation sous contraintes
Psychiatre libéral	<ul style="list-style-type: none"> • Libre choix du médecin par le malade et de la thérapeutique par le professionnel (indépendant de la CPAM) • Suivi ambulatoire • Psychothérapie psychodynamique, cognitivocomportementale, hypnothérapie
Rôle infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil, orientation • Recueille les informations sur le patient, transmet au psychiatre
Unités spécialisées ambulatoires ou hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • selon l'âge, le trouble ou symptôme, la situation (harcèlement, sortants de prison, immigration, précarité)
Structures sociales pour enfants, adolescents, adultes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreuses (CMPP, CAMSP...)
Visite à domicile d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • équipes psychiatriques ou samu ou police (refus de soins, claustration, crise familiale)
Transport du patient	<ul style="list-style-type: none"> • via le 15

Figure 27 Résumé de l'organisation des soins en psychiatrie

Environ 70% des usagers des services (*hors libéral*) sont exclusivement suivis en ambulatoire.

Parmi ces usagers :

- 22% sont pris en charge par les CMP,
- 74% par les unités d'hospitalisation somatique et les urgences,
- 3.3% pour les interventions au domicile de la personne ou en institution substitutive au domicile
- 1% en établissement social ou médicosocial. [68]

NB : 19 établissements en France (soit 3,4% des établissements) ont des unités spécialisées UMD, UMAP ou UPID. [66]

Le personnel (*hors libéral*) :

- 1/12 de personnel médical dont 16% de médecins non psychiatres
- 11/12 de personnel paramédical :
 - 65% d'infirmiers et de cadres,
 - 24 % d'aides-soignants,
 - 5 % de psychologues,
 - 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux

Le personnel (*libéral*) :

- De 76,5 médecins généralistes (ouest de l'Oise) à 154,2 (Hautes-Alpes) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.
- De 1,8 (Loudéac) ou 1,9 (la Meuse) à 76,0 (territoire de Paris) psychiatres en cabinet libéral pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. [68]

❖ Les disparités territoriales : [68]

Hospitalisation à temps plein :

De 9,7 lits d'hospitalisation à temps plein (territoire de santé autour du Havre) à 304,2 (territoire de santé de l'Oise-Ouest)

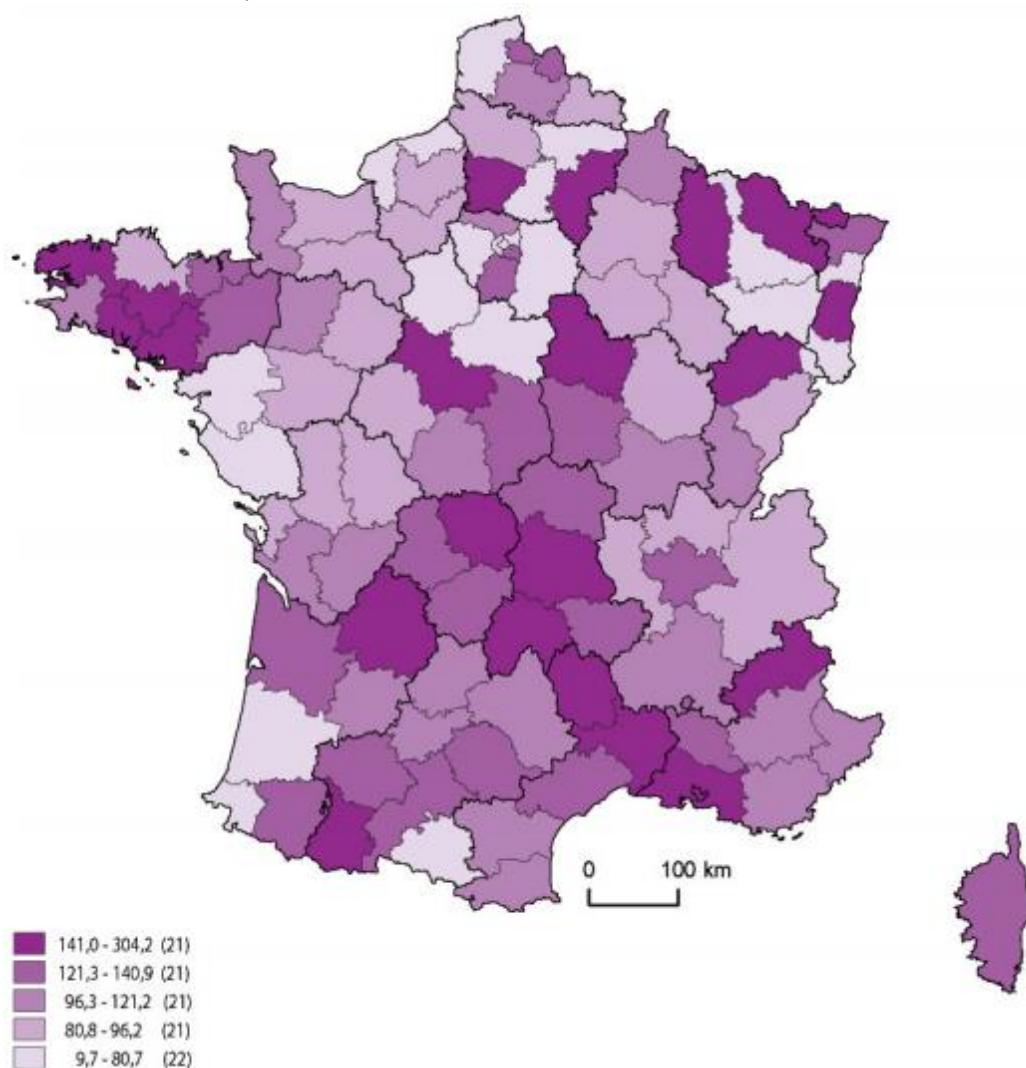


Figure 28 : Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (en 2011)

La répartition de ces lits public/privé :

- 64,4 % dans le secteur public (21,6 % dans le public général et 42,8 % dans le public spécialisé),
- 13,5 % dans les Espic (établissement de santé privé d'intérêt collectif)
- 22,1 % dans le secteur privé à but lucratif

Les alternatives (lits supplémentaires) :

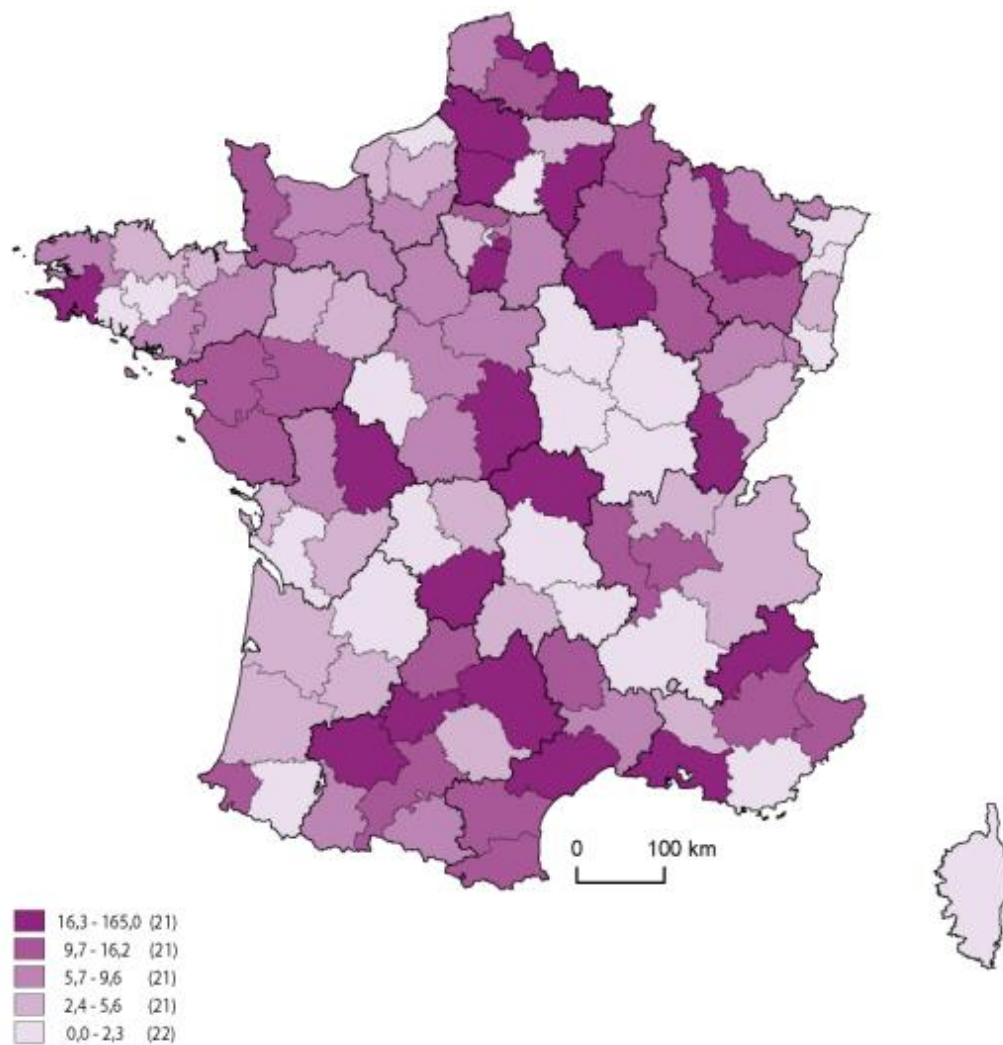


Figure 29 Densité de lits et places de prise en charge à temps complet (alternatives) pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (en 2011)

Parmi les alternatives :

- 40,4 % sont des places en accueil familial thérapeutique,
- 26,2 % des lits en centre de postcure psychiatrique,
- 16,9 % sont des places d'accueil en appartement thérapeutique,
- 10,7 % des places d'hospitalisation à domicile
- 5,7 % des places d'accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences.

En hospitalisation partielle :

En moyenne : 36 places pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.

93 % en hospitalisation de jour dont :

- 77 % dans le secteur public (27 % dans le public général et 50 % dans le public spécialisé),
- 18 % dans les Espic
- 5 % dans le secteur privé à but lucratif

Pour les CATTP et ateliers thérapeutiques : il existe en moyenne 2,2 structures pour 100 000 habitants de 16 ans et plus.

Autres acteurs (non médical) :

- Conseils locaux de santé mentale (CLSM) : pour l'accès aux soins (planification des politiques locales de santé) et la lutte contre l'exclusion des personnes avec troubles psychiques
 - Groupes d'entraide mutuelle (Gem) : associations, ateliers, lieux de rencontre entre usagers ou ex-usagers de psychiatrie
- ❖ Par rapport aux troubles de la personnalité : [10]

Ils peuvent se retrouver dans toutes ces structures de soin.

Parmi la population clinique, leur prévalence est supérieure à leur prévalence dans la population générale (en moyenne, vrai surtout pour les clusters B et C).

Se pose maintenant la question de l'efficacité des prises en charge :

- les études montrent que les hospitalisations brèves et les hospitalisations de jour ont un meilleur rapport bénéfice/risque que les hospitalisations de longue durée (>3mois).
- Les hospitalisations de jour limitent les risques par rapport à la consultation

-> l'hospitalisation de jour dans des hôpitaux spécialisés pour ces troubles de la personnalité serait probablement le moyen le plus efficace

2.2 Diagnostic

2.2.1 Outils

Le DSM-5 est un outil qui, hormis donner une classification, avait été créé dans le but de faciliter le diagnostic.

En pratique courante, les praticiens (non psychiatres) préfèrent laisser de côté les critères spécifiques d'une personnalité ou d'une autre et l'établir sur la base de la définition générale, qui revient à prendre en compte les éléments suivants : [69]

- Le dossier médical :
Dans le cas où il mentionne une dépression (médicaments antidépresseurs), un suivi psychologique avec des comportements autodestructeurs etc...
- Le contexte relationnel :
Des difficultés pour le fonctionnement interpersonnel dans le cadre familial ou professionnel.
Ces difficultés semblent essentiellement provenir de l'état psychologique du patient.
- L'interaction pendant la consultation
Le comportement dysfonctionnel est observé lors de la consultation (manipulation, comportements surprenants, demandes irréalistes...)
L'évolution au fil des consultations (si instabilité, détection d'automutilation...)
- La souffrance du patient
Plaintes douloureuses chroniques, sur-sollicitation du praticien

- La répétition dans le temps

Au fil des années, les mêmes problèmes persistent, sans amélioration

Ensuite, une fois le diagnostic posé, le patient est adressé vers le spécialiste (pour son avis psychiatrique et le suivi du patient).

A terme :

- Près de la moitié des patients qui ont un suivi psychiatrique pour personnalité pathologique l'ont eu instauré lors de situation d'urgence (crise suicidaire, idéation persécutoire...).
 - Certains de ces patients ont pris l'initiative de leur proche chef d'aller aux urgences lors de crise suicidaire.
 - Certains patients ont été adressés aux urgences par le généraliste ou par un médecin non spécialisé dans la psychiatrie
- Des patients étaient hospitalisés avant de poser un diagnostic psychiatrique
- Des patients ont été envoyés au spécialiste hors situation d'urgence
- Des patients avaient déjà un suivi psychiatrique, le diagnostic pour personnalité pathologique a été posé ensuite

❖ Diagnostic différentiel : [58] [70] [71] [72]

Personnalité paranoïaque	➤ Délire paranoïaque constitué.
Personnalité schizoïde	➤ Schizophrénie. ➤ Syndrome d'Asperger. ➤ Personnalité évitante (pauvreté du contact par peur d'être rejeté). ➤ Personnalité schizotypique.
Personnalité schizotypique	➤ Personnalité borderline. ➤ Schizophrénie. ➤ Personnalité schizoïde.
Personnalité antisociale	➤ Pathologies psychotiques (Schizophrénie héboïdophrénique) ➤ Autres troubles de la personnalité (borderline, schizoïde, histrionique chez l'homme quand la mythomanie est au 1er plan) ➤ TDAH ➤ Addictions
Personnalité borderline	➤ Autres troubles de la personnalité (cluster B ++) ➤ Troubles de l'humeur (Trouble bipolaire) ➤ Pathologies psychotiques ➤ Addictions ➤ TDAH
Personnalité histrionique	➤ Personnalité narcissique ➤ Personnalité borderline
Personnalité narcissique	➤ Personnalité histrionique ➤ Manie ou hypomanie ➤ Abus de substance

Personnalité évitante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Phobie sociale <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Personnalité évitante</th> <th>Phobie sociale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>« C'est de la faute des autres ».</td> <td>« C'est de ma faute ».</td> </tr> <tr> <td>« J'évite car ça m'ennuie, c'est nul ou ça ne vaut pas la peine ».</td> <td>« J'évite parce que j'ai peur et je ne me sens pas capable ».</td> </tr> <tr> <td>« Je suis comme ça ».</td> <td>« Je veux changer ».</td> </tr> </tbody> </table> ➤ Personnalité schizoïde 	Personnalité évitante	Phobie sociale	« C'est de la faute des autres ».	« C'est de ma faute ».	« J'évite car ça m'ennuie, c'est nul ou ça ne vaut pas la peine ».	« J'évite parce que j'ai peur et je ne me sens pas capable ».	« Je suis comme ça ».	« Je veux changer ».
Personnalité évitante	Phobie sociale								
« C'est de la faute des autres ».	« C'est de ma faute ».								
« J'évite car ça m'ennuie, c'est nul ou ça ne vaut pas la peine ».	« J'évite parce que j'ai peur et je ne me sens pas capable ».								
« Je suis comme ça ».	« Je veux changer ».								
Personnalité dépendante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépression ➤ Anxiété 								
Personnalité obsessionnelle compulsive	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trouble obsessionnel, mais, dans ce cas, présence prédominante d'idées obsédantes et de compulsions. ➤ Personnalité psychotique (paranoïaque ou schizoïde). 								

Tableau IX : Les personnalités pathologiques et les pathologies proches symptomatologiquement

2.2.2 Chez l'enfant et adolescent

A ce stade de développement, généralement on admet que la personnalité n'est pas encore figée. La question de la personnalité pathologique se pose surtout dans les années proches de la majorité. Toutefois, souvent quelques indices sont repérables avant l'âge adulte.

Ces indices viennent d'un environnement peu propice au développement de l'enfant (défaillant) ou d'une perception erronée que l'individu alimente au contact de son environnement (schémas qui se solidifient, stratégies de *coping* peu efficaces).

Des facteurs génétiques peuvent favoriser l'apparition au cours du développement de cette perception erronée (le sexe masculin ou féminin et les personnalités antisociale et borderline, les personnalités schizoïde et schizotypique auraient des caractéristiques communes avec le syndrome d'asperger). [10]

Stabilité de la personnalité selon les âges (personnalité évaluée avec un test dimensionnel) : [73]

0 - 2,9 ans	0.35
6 - 12 ans	0.45
12 - 18 ans	0.47
22 - 29 ans	0.57
40 - 49 ans	0.59
60 - 73 ans	0.72

Tableau X : Evolution de la personnalité et âges

Plus le sujet est âgé, plus les traits de personnalité sont stables. C'est aussi pour cela qu'en cas de comportements pathologiques il vaut mieux réagir tôt, sans stigmatisation (pendant les âges où la flexibilité mentale est importante). Egalement, cela pourrait éviter de la souffrance inutile.

A l'adolescence, les troubles concernent 10% de la population comme à l'âge adulte. Il est plutôt recommandé un diagnostic dimensionnel plutôt que catégoriel, qui montre aussi bien les forces que les faiblesses de la personne. [74]

NB : Le DSM prévoit les catégories « troubles des conduites » et « troubles oppositionnel avec provocation » pour les jeunes de 9 à 18 ans. C'est un diagnostic d'élimination, le diagnostic sera généralement la dépression à ces âges sauf si les caractéristiques ne correspondent pas ni à aucune autre pathologie. [75]

Relation avec l'environnement et profils types de l'enfance à l'âge adulte : [10] [73] [76]

La personnalité paranoïaque :

Enfant	Adolescent	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> solitaire, orgueilleux 		<ul style="list-style-type: none"> procédurier la personnalité interfère avec la vie conjugale ou professionnelle
<ul style="list-style-type: none"> Contrôle sadique, dégradant de la part des parents ; punitions sévères et fréquentes distribuées avec « méthode » par des parents. Elles sont perçues comme étant fondamentalement hostiles et l'enfant est convaincu que l'on ne doit pas parler aux autres de ce qui se passe à l'intérieur de la famille 		<ul style="list-style-type: none"> Il s'attend toujours à une attaque pour laquelle il a sa propre théorie (idées persécutrices) et il adopte une attitude complémentaire de repli chargée de haine ; en général il ne se confie à personne ; il peut exercer le même genre de contrôle humiliant et violent sur ceux qui sont sous son influence ; il évite l'intimité en étant indépendant
<ul style="list-style-type: none"> L'enfant est estimé à hauteur des bénéfices donnés aux adultes 		<ul style="list-style-type: none"> Il se sent exclu et sous-estimé, il est indépendant

Tableau XI : la personnalité paranoïaque, correspondance avec son passé

La personnalité schizoïde :

Enfant	Adolescent	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> Réservé 		<ul style="list-style-type: none"> Réservé, solitaire
<ul style="list-style-type: none"> À la maison, la vie est ordonnée et tranquille ; les besoins physiques et éducatifs sont satisfaits 		<ul style="list-style-type: none"> Il apparaît normalement socialisant à l'école ou au travail
<ul style="list-style-type: none"> Rareté ou absence de chaleur émotionnelle et de contact empathique en famille et à l'extérieur 		<ul style="list-style-type: none"> Il n'est pas social, il se sent mieux seul : il repousse ou a peur des approches intimes ; il développe surtout des fantasmes

Tableau XII : la personnalité schizoïde, correspondance avec son passé

La personnalité schizotypique:

Enfant	Adolescent	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> • intérêts et comportements inhabituels • isolement social 		
<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant est contrôlé • Il a l'obligation morale de réaliser les tâches que les parents considèrent déterminantes et très importantes 		<ul style="list-style-type: none"> • Il se sent contrôlé à distance • Les rituels sont là pour montrer sa fidélité
<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant subit des abus graves, avec invasion des frontières personnelles 		<ul style="list-style-type: none"> • Détachement et contrôle de soi
<ul style="list-style-type: none"> • La solitude de l'enfant provient de l'interdiction formelle de s'éloigner d'une relation (ou d'une maison) dans laquelle il se sent pourtant mal et où il s'isole : dans sa chambre, dans ses pensées et dans ses jeux électroniques 		<ul style="list-style-type: none"> • Détachement social, il est dans son monde intérieur

Tableau XIII : la personnalité schizotypique, correspondance avec son passé

La personnalité antisociale:

Enfant	Adolescent	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise intégration scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Délinquance, conduites à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Abus de drogue • Comportements criminels
<ul style="list-style-type: none"> • Négligence des parents et autres adultes • Contrôle fort des parents sur les comportements de refus, d'ennui et rébellion • Enfance dominée par la peur 		<ul style="list-style-type: none"> • Ignore (ne reconnaît pas, ne voit pas) la souffrance de l'autre et lui lance parfois des attaques démesurées par rapport aux situations. • Protège son autonomie avec les règles, lois auxquelles il s'identifie

Tableau XIV : la personnalité antisocial, correspondance avec son passé

La personnalité borderline:

Enfant	Adolescent	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> • sensibilité au rejet, tendance à l'hyperactivité et aux colères 	<ul style="list-style-type: none"> • automutilation, promiscuité sexuelle, consommation de toxiques, comportements suicidaires, mauvaise l'image de leur corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité, comportements à risque
<ul style="list-style-type: none"> • Expériences répétées d'abandon • Style de vie déréglé, références affectives et organisationnelles constamment variables et 		<ul style="list-style-type: none"> • Engagement intense, jalousie • Impulsivité

inconsistantes	
<ul style="list-style-type: none"> Le mal-être appelle l'adulte à apporter des soins à l'enfant quand celui-ci souffre d'abandon 	<ul style="list-style-type: none"> Exagération de son mal être pour attirer l'attention
<ul style="list-style-type: none"> le lien avec des personnes extérieures à la famille est attaqué et reproché, donnant ainsi lieu à un conflit de loyauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Un « saboteur interne » apparaît lors de relations positives

Tableau XV : la personnalité borderline, correspondance avec son passé

La personnalité histrionique:

Enfant	Adolescent	Adulte
Grand intérêt pour son apparence et pour sa capacité à plaire (séduire) ou pour sa fragilité		
<ul style="list-style-type: none"> Pour recevoir de l'affection et des soins l'enfant se sent obligé de se rendre intéressant ou de quémander des soins spéciaux, Il devient peu à peu convaincu que s'il cesse de jouer ce rôle, il obtiendra forcément un refus de la personne qui est sa référence affective 	<ul style="list-style-type: none"> Il risque le refus et l'abandon si l'autre « découvre » que sa beauté n'est pas à la hauteur de ses attentes et/ou que son mal-être constant est finalement lassant 	

Tableau XVI : la personnalité histrionique, correspondance avec son passé

La personnalité narcissique:

Enfant	Adolescent	Adulte
Les traits narcissiques sont communs chez les adolescents		Apparaît vers la 40 aine
<ul style="list-style-type: none"> Surestimation de l'enfant Manque d'empathie Reproches et/ou colère à chaque fois que l'enfant a un comportement imparfait ou décevant 		<ul style="list-style-type: none"> Dépression (si échec) Intolérance à la critique ou à l'opposition

Tableau XVII : la personnalité narcissique, correspondance avec son passé

La personnalité évitante:

Enfant	Adolescent	Adulte
Timidité...		Qui devient critique passé la 20 aine
<ul style="list-style-type: none"> Reproches parfois humiliants suite à des imperfections, avec comme conséquence l'isolement voire des crises de découragement et de rage 		<ul style="list-style-type: none"> Peur du jugement des autres, tendance à s'isoler
<ul style="list-style-type: none"> Mise en garde perpétuelle face aux autres 		<ul style="list-style-type: none"> Peur du monde extérieur

Tableau XVIII : la personnalité évitante, correspondance avec son passé

La personnalité dépendante:

Enfant	Adolescent	Adulte
Son manque d'autonomie fait de lui le bouc émissaire des enfants de son âge, l'objet de mauvaises blagues, de violences et d'un isolement affectif et comportemental		Des problèmes sociaux
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant toujours au centre de l'attention des parents 		<ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment de sécurité est toujours lié aux soins et au contrôle d'une personne importante
<ul style="list-style-type: none"> • La garde et les soins n'ont pas été réduits de manière à s'adapter aux besoins croissants d'autonomie chez l'enfant • Il jouit de cette commodité mais au fond de lui il perçoit un sentiment grandissant d'inaptitude. 		<ul style="list-style-type: none"> • un sentiment profond et constant d'inaptitude accompagne toujours ses relations (familiales et professionnelles)

Tableau XIX : la personnalité dépendante, correspondance avec son passé

La personnalité obsessionnelle compulsive:

Enfant	Adolescent	Adulte
Rigidité, autocontrôle		
<ul style="list-style-type: none"> • Devoir de perfection, qui est la norme. • Règles strictes • L'enfant est puni et grondé si son comportement n'est pas parfait 		<ul style="list-style-type: none"> • Dévoué au travail au détriment des relations • Exigeant et critique
<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut pas exprimer son désaccord, • il manifeste son opposition par des actions répétées d'une extrême minutie 		<ul style="list-style-type: none"> • Perfectionnisme sans hiérarchisation des priorités

Tableau XX : la personnalité obsessionnelle compulsive, correspondance avec son passé

2.2.3 Chez la personne âgée

Selon un constat, les personnalités pathologiques déclinent après 30 ans et avec le phénomène de perte augmenteraient après 50 ans. [77]

Chez la personne âgée (> 65 ans), la prévalence des troubles de la personnalité est moins élevée que chez l'adulte, environ 8%. [77]

Les personnalités du groupe B, en particulier la personnalité antisociale (atténuée avec le temps) sont moins fréquentes. La personnalité la plus retrouvée est toujours la personnalité obsessionnelle compulsive. [10] [78]

Pour expliquer cette moindre prévalence il est connu que les personnes avec troubles de la personnalité décèdent un peu plus vite que les autres mais surtout, la principale hypothèse serait que les occupations du sujet âgé, différentes du reste de la population, induiraient un biais de mesure. [10]

Aussi, les facteurs associés à un trouble de la personnalité sont plus complexes chez la personne âgée (iatrogénie, pathologie somatique, intégration dans une nouvelle structure d'hébergement...). [79]

❖ Les comorbidités :

Chez les personnes âgées, la comorbidité avec un trouble de l'axe I (troubles majeurs cliniques) est fréquente. Les troubles de la personnalité chez ces patients se révèlent lors de décompensations : dépression ou troubles anxieux.

Les dépressions sont associées à une plus grande sévérité, une réponse thérapeutique moindre. [79]

Autre fait : certaines personnalités sont plus à risque de démence : les personnalités narcissique, évitante et dépendante. [10]

❖ Apparition d'un trouble de la personnalité chez la personne âgée :

Dans ce cas, le processus neurodégénératif est à considérer, il se manifeste par :

- Une moindre ouverture
- Moins de spontanéité
- Plus d'hostilité
- Plus de grossièreté
- Plus de passivité

Pour les démences fronto-temporales on observe une désinhibition et un comportement psychopathique. [10]

2.3 Problèmes associés

Les personnalités borderline et antisociale ont plus de comorbidités que les autres personnalités.

La question de la relation entre les facteurs suivants se pose alors : [70]

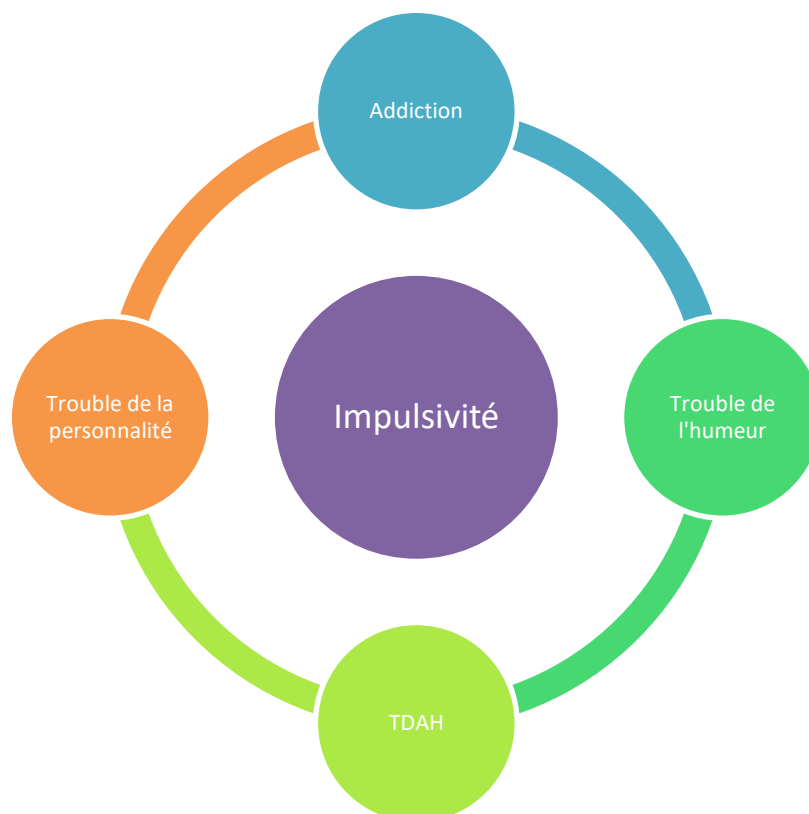


Figure 30 : plusieurs causes à l'impulsivité

Ci-dessous les données les comorbidités les plus courantes pour les personnalités borderline et antisociale.

La personnalité borderline : répartition des comorbidités [80] [81] [82]

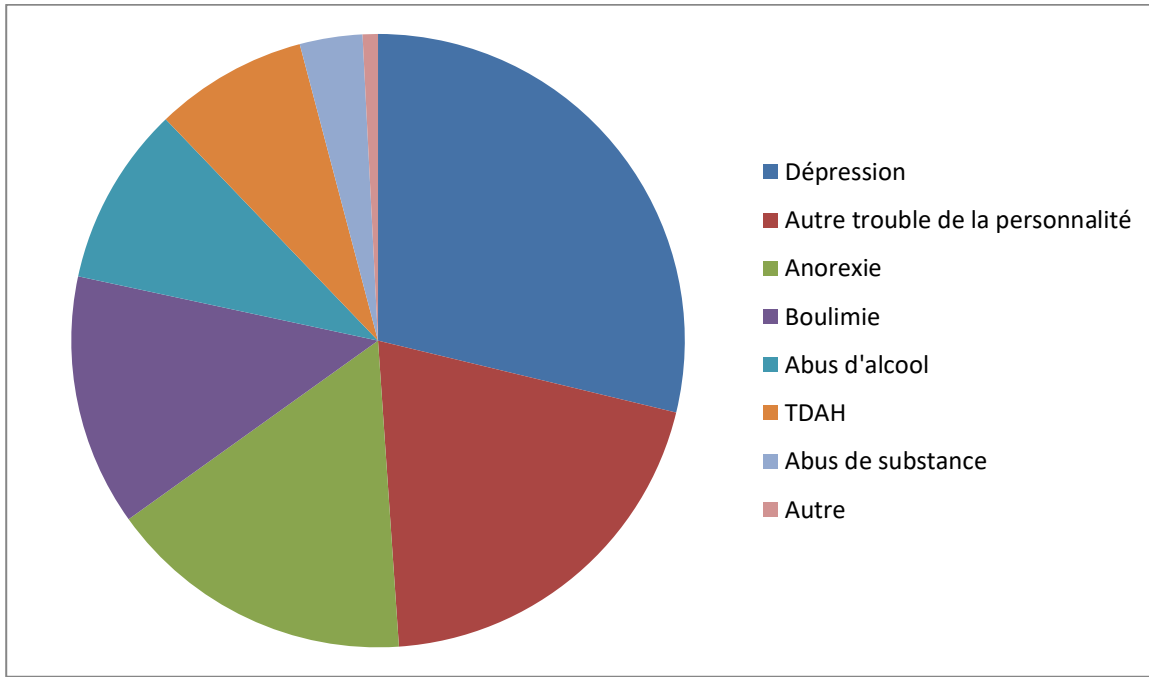


Figure 31 : Les comorbidités de la personnalité borderline

Les personnalités histrioniques ont aussi de l'anorexie-boulimie (dans une moindre mesure). [10]

La personnalité antisociale : répartition des comorbidités [83] [84] [85] [86] [87]

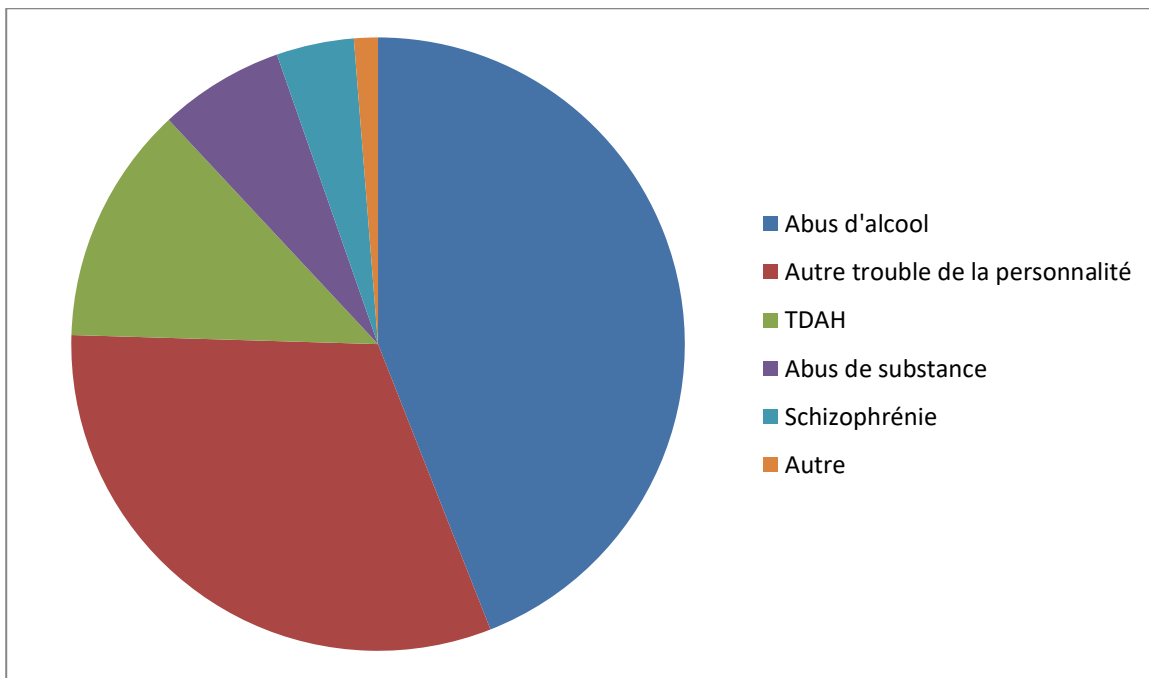


Figure 32 : Les comorbidités de la personnalité antisociale

- 40% des TDAH ont une personnalité antisociale. [83]
- 14 % des personnes dépendantes à l'alcool ont une personnalité antisociale. [84]
- 17,8% des toxicomanes ont une personnalité antisociale. [85]
- 27 % des schizophrènes ont une personnalité antisociale. [86]

Les paragraphes suivants sont au sujet :

- des mécanismes neurologiques qui vont de pair avec les deux personnalités vu précédemment,
- de la prise en charge des comorbidités vues dans la page précédente
- des autres comorbidités qui peuvent toucher des patients avec personnalités pathologiques.

Les mécanismes neurologiques mis en évidence : [70] [88] [89]

Borderline : ressemble à la dépression :

- anomalies amygdaliennes (réaction de peur : volume moindre en moyenne chez les personnalités borderline mais activité accrue),
- corticales (PFC : préfrontal, impliqué dans la planification et le raisonnement déductif : son activité est diminuée),
- hippocampe (dont les fonctions sont : mémoire, navigation spatiale, inhibition ; son activité est diminuée) ;
- lien entre sérotonine (niveau bas) et impulsivité

Antisocial :

- cortex orbito-frontal (Phinéas Gage, 1848 : la barre de fer qui a lésé cette partie du cerveau a fait de cet homme auparavant responsable une personne présentant les caractéristiques de la personnalité antisociale, et cela sans trop de séquelles cognitives)

Prise en charge des comorbidités :

Il est préférable de traiter les patients atteints de maladie mentale par management des risques. Les comorbidités sont des facteurs de gravité à traiter en priorité (le risque suicidaire chez la personne borderline est majoré par l'abus de substance). [90]

❖ Dépression :

Des marqueurs sont recherchés pour choisir la bonne stratégie thérapeutique.

Des travaux ont montré que :

- Une hypoactivité du cortex insulaire est associée à une bonne chance de rémission par thérapie cognitive et faible réponse aux antidépresseurs
- Une hyperactivité du cortex insulaire est associée à une meilleure réponse avec les antidépresseurs qu'avec une thérapie cognitive. [91]
- Des modifications de l'activité fonctionnelle au niveau du cortex orbitofrontal semblent associées à une bonne réponse à certains antidépresseurs [91]
- Les antidépresseurs ISRS et IMAO sont plus efficace que les tricycliques pour les patients borderline [90]

❖ Abus d'alcool: [90]

- Le disulfirame est recommandé pour les personnes borderline mais avec prudence (risque d'impulsivité ou de non adhérence). Il est à utiliser en complément des antidépresseurs et anxiolytique (buspirone), qui devraient réduire la tentation d'abuser de l'alcool.
- Le naltrexone peut aussi être un bon choix (c'est un antagoniste opioïde qui est efficace aussi sur les overdoses aux opiacés).
- L'intégration dans un groupe de patients en thérapie est recommandée

❖ Troubles alimentaires : [92]

Nécessitent une thérapie à long terme focalisée sur la personnalité de la personne, les stratégies d'adaptation et les relations interpersonnelles.

La thérapie cognitivocomportementale est la plus étudiée, son efficacité est prouvée ; la thérapie psychodynamique est également une bonne méthode mais dans les cas où la thérapie cognitivocomportementale n'est pas efficace elle ne l'est pas non plus.

❖ TDAH : [93]

- Un traitement stimulant (methylphenidate), sauf si des risques sont identifiés (ex : tentative de suicide, overdose). A ce moment-là : des traitements sans possible abus tels que : atomoxetine, bupropion et desipramine peuvent être utilisés.
- Le traitement du TDAH est important pour les personnes avec abus de substance car sinon il interfère avec le traitement de ces abus.

Autres problèmes associés aux troubles de la personnalité :

- Le trouble dissociatif de l'identité (qui est trop souvent confondu avec la schizophrénie car les deux troubles ont des hallucinations auditives, pour le trouble dissociatif de l'identité les voix viennent de l'intérieur de l'individu) : plusieurs identités pour une même personne
Il s'agit d'un mécanisme de défense, dans une situation de stress (traumatique)
- La dépersonnalisation, qui se manifeste par :
 - Une perte de conscience des affects, une perte de sensation (« détachement de son corps »)
 - un état « observateur de sa vie »,
 - un sentiment d'irréalité

Elle est souvent consécutive à de l'anxiété.

Mécanisme cérébral de cette dépersonnalisation :

Le cortex préfrontal gauche inhibe :

- une partie de l'amygdale
- indirectement le gyrus cingulaire.

L'autre partie de l'amygdale active :

- le cortex préfrontal droit, celui-ci inhibant également le gyrus cingulaire

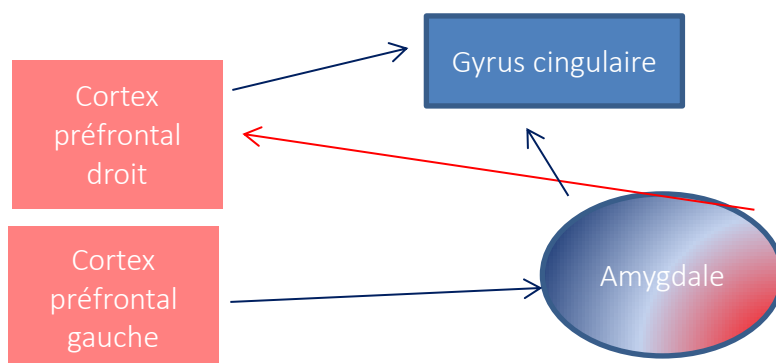


Figure 33 : Neurobiologie de la dépersonnalisation/déréalisation

- Troubles anxieux

2.4 Psychothérapie

La psychothérapie est le traitement de fond des troubles de la personnalité.

Après avoir affiné le diagnostic lors d'entretiens semi-structuré (avec l'aide du SCID II ou du *Personality Assessment Inventory* de L.C. Morey et al ou encore de l'*Interview for DSM-IV Personality Disorders*, développé par M. Zanarini), la psychothérapie peut débuter (avec l'engagement du patient). [95]

Un des points important pour que la psychothérapie soit efficace est l'établissement d'une relation de confiance avec le patient.

Cette relation doit trouver un équilibre entre la « distance » thérapeutique (qui est en réalité une « différence » thérapeutique, pour analyser sans biais et réagir en conséquence avec le patient) et l'alliance thérapeutique (pour pouvoir encourager le changement). [96]

Dans cette relation, le cadre professionnel doit être respecté : le thérapeute ne doit s'engager personnellement avec le patient, ne doit dévoiler sa vie privée. Les liens projectifs ou identificatoires ne doivent pas se former.

Par contre la proximité, c'est-à-dire montrer une écoute attentive, faire « oui » de la tête, se montrer intéressé, touché, compréhensif, concerné est à la base l'alliance.

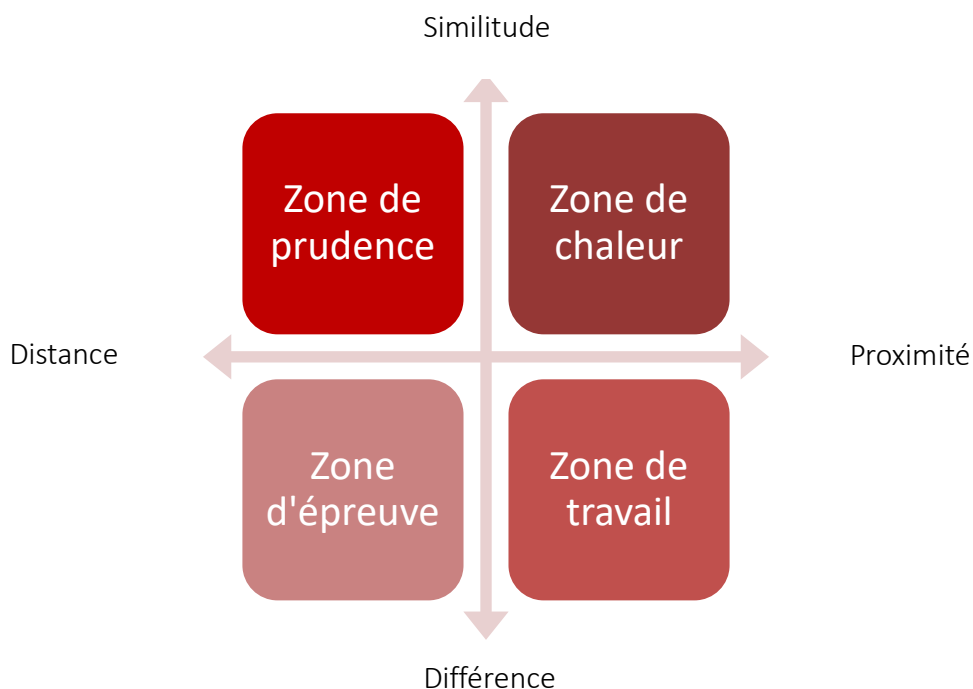


Figure 33 : Les zones pour le thérapeute

La « zone de travail » est la zone où le thérapeute se trouve la plupart du temps.

La zone de chaleur peut être utilisée en fin de séance.

La zone d'épreuve sert avec certaines personnes, pour qu'elles puissent faire la différence entre ce qui est non-ok et ce qui est ok.

Dans les autres cas, la proximité est toujours un élément essentiel.

Ci-dessous les éléments du programme en psychothérapie des personnalités pathologiques : [90], [97], [98], [99], [100], [101], [102], [103], [104], [105], [106], [107], [108],[109],[110], [111], [112], [113], [114], [115], [116]

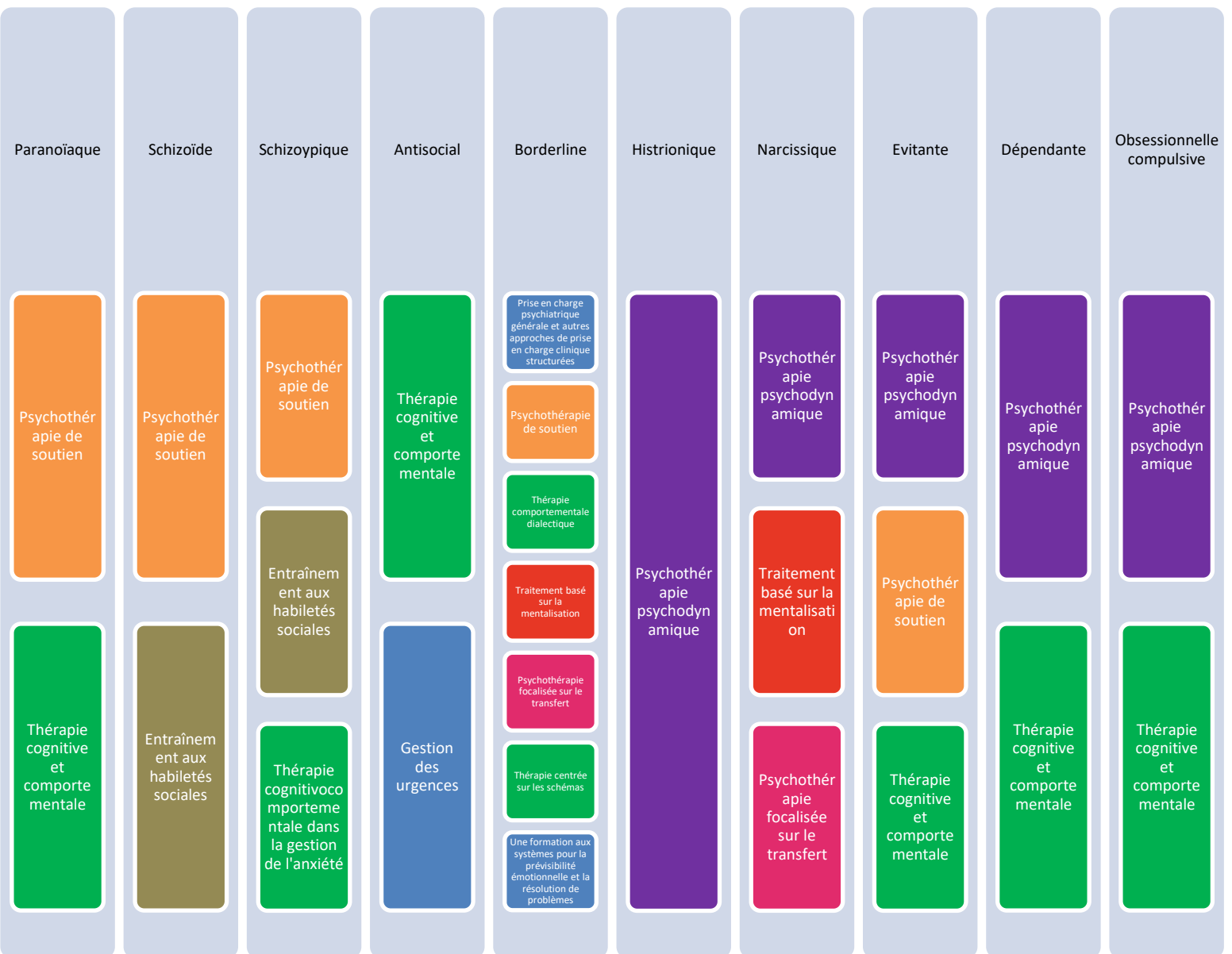


Figure 34 : psychothérapies recommandées pour chaque type de personnalité

Pour la personnalité borderline, il a été retenu dans les recommandations (APA) que de multiples intervenants seraient bénéfiques au patient, chacun apportant son expertise. [90]

La personnalité antisociale est la personnalité la plus compliquée à traiter par psychothérapie (efficacité limitée). [101]

2.4.1 Psychothérapie de soutien

Le but de la psychothérapie de soutien est d'empêcher la souffrance, consoler le patient. Pour cela le thérapeute doit créer un climat suffisant pour que le patient puisse se confier à lui. Ensuite, un support émotionnel est apporté à ce patient et des solutions sont recherchées par le thérapeute pour résoudre les problèmes actuels du patient.

Dans certains cas, ces solutions passent par favoriser le changement d'un proche du patient (~ nidothérapie : l'environnement s'adapte au patient plutôt que le patient s'adapte à l'environnement).

Les types de personnalité qui peuvent bénéficier de ce fort degré de proximité sont : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, borderline et évitante.

Ce soutien est important pour gérer les comportements de crise de la personne borderline, le mieux semble de s'occuper du patient comme d'un enfant qui a fait un cauchemar : le réveiller en le faisant s'exprimer puis l'aider à dormir. [117]

2.4.2 Thérapie cognitive et comportementale (TCC)

La TCC s'attaque aux problèmes de la vie du patient par la connaissance et l'apprentissage de compétences. Cet apprentissage passe par de l'enseignement théorique et de la mise en pratique (jeux de rôle). Le thérapeute suit l'évolution de séance en séance.

- ✚ Par exemple, pour la personnalité évitante, l'approche consiste à : [108]
 - reconnaître l'anxiété
 - clarifier les pensées et raisonnements
 - apprendre des compétences pour faire avec : modélisation (ex : estime de soi (voir en annexe I [118])), jeux de rôle, exposition à la peur (pour la régulation de l'amygdale qui génère la peur et le surcontrôle), techniques de relaxation, self-control (self-observation, self-modification, self-evaluation, self-reward)
 - évaluer le résultat
- ✚ Pour la personne dépendante, sera analysé le conditionnement de l'individu c'est-à-dire l'ensemble des comportements qui n'apportent pas de réelle récompense.
 - Modèle de Turkat : le maintien du conditionnement [112]

Renforcement positif	Renforcement négatif
Feed back positif par certaines personnes	Evitement de l'anxiété

Tableau XXI : Sources de renforcement des comportements trop conciliants

- ✚ Pour la personne paranoïaque : [97]
 - avant tout éviter la confrontation [99]
 - Les thérapies de groupe sont déconseillées.

Le thérapeute doit cependant :

 - être honnête, concret,
 - veiller à ne pas interpréter les propos du patient (qui les pensera déformés),
 - ne demander que les informations utiles à la thérapie.

La thérapie passe par l'enseignement :

 - des techniques cognitives d'auto-efficacité : savoir évaluer sa capacité de réussite dans une situation donnée
 - des techniques comportementales de :
 - relaxation,
 - d'assertivité (pour sa défense), par exemple : savoir dire du positif de soi, savoir défendre ses intérêts en disant ce que l'on veut ou « non » (sans se penser égoïste), savoir fixer des limites, ne juger personne

- ✚ Pour la personne obsessionnelle-compulsive :
 - Montrer le modèle de fonctionnement général (voir annexe II [115]) et en créer un pour la personne (en écrivant le détail des règles suivies de façon stricte par la personne et des actions réalisées quotidiennement rendues obligatoires).
NB : comme pour la personnalité évitante, le modèle pour l'estime de soi est à changer
 - Créer un lien entre ce qui est vécu et les émotions (technique du journal pour se souvenir des émotions). [114]
 - Apprendre à tolérer la détresse (lister les pour et contre des choix personnels, trouver des activités plaisantes)
 - Jouer le rôle d'autres personnes pour pouvoir imaginer les interactions
 - Enseigner des principes pour :
 - évaluer le rapport temps/bénéfice, l'impact sur les autres activités
 - hiérarchiser l'importance de prioritaire à superflu,
 - décider de ce qui est acceptable ou non de la part des autres (connaître les attentes standards),
 - considérer ou non les opinions des autres (esprit critique et ce que ces idées/point de vue peuvent apporter pour l'usage personnel),
 - apprendre à déléguer (faire l'expérience (challenger son avis) et ajuster).
 - Ne pas se culpabiliser, avoir de la compassion pour soi
 - S'auto-évaluer
- ✚ Pour la personne schizotypique : [119]
 - Exposition sociale,
 - Relaxation (Jacobson's Progressive Muscular Relaxation (JPMR), Deep Breathing, Biofeedback, Applied Relaxation)
 - Management de la colère
 - Restructuration cognitive (découverte guidée, dédramatisation, mise à l'échelle, réattribution...)

Il existe des sous-catégories de TCC :

- La thérapie comportementale dialectique (DBT) : son objectif est l'apprentissage de la régulation des affects. Elle vise à faire comprendre les liens entre émotions, pensées et comportements et le lien entre comportement et crise/récompense. Elle est utilisée pour la personnalité borderline [103] (et s'est montrée efficace pour la personnalité antisociale) avec les 4 composantes suivantes (en ambulatoire) :

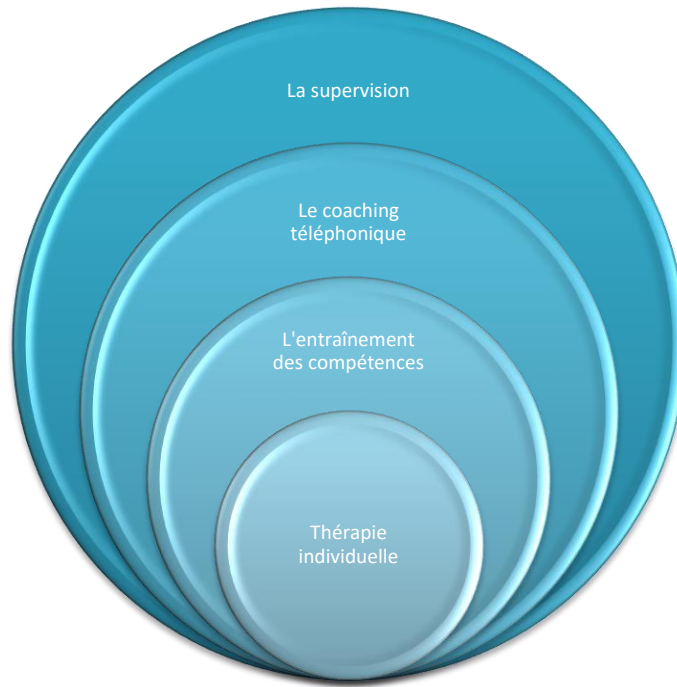


Figure 35 : Les quatre faces de la DBT

- o La thérapie individuelle est au centre du processus thérapeutique, elle suit les sous-objectifs suivants (établis en fonction du risque) :

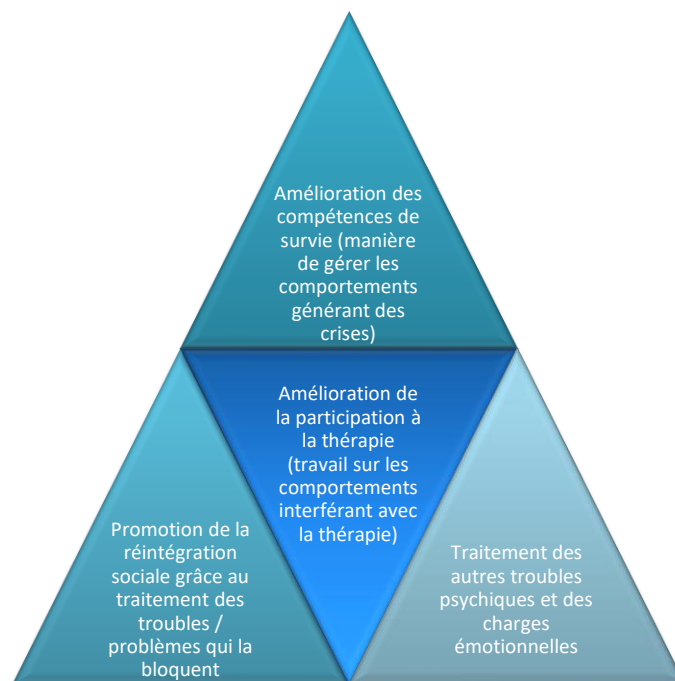


Figure 36 : Ordre de priorité thérapeutique

- o L'entraînement des compétences est un programme au contenu structuré, qui s'effectue dans un cadre groupal (ex : *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS ; Blum et al, 2002, Blum et al, 2008))
- o Le coaching téléphonique sert aux situations quotidiennes difficiles pour éviter la crise (entre les séances, dans le cadre fixé par le thérapeute)

- La supervision est pour le bien des thérapeutes, pour les aider à surmonter les difficultés, en équipe.

Cette DBT est utilisée pour le traitement des troubles alimentaires de la personne borderline.

- La thérapie des schémas : elle met en lumière le lien entre les croyances de la personne et son comportement. Elle est utilisée pour la personnalité borderline [103].

L'identification de l'un de ces 5 modes est le point de départ thérapeutique :

Le mode de l'enfant abandonné et maltraité	émotions désagréables intenses comme la tristesse, la solitude ou la peur d'être abandonné ou blessé.	Le patient se montre fragile et désespéré
Le mode de l'enfant irritant et impulsif	une frustration	Le patient apparaît en colère, entêté ou montre un comportement impulsif.
Le mode des parents punitifs	une forte dévalorisation, de la honte ou de la haine de soi	
Le mode d'autodéfense	les émotions sont atténuées	Le patient tient à distance les autres êtres humains, c'est une stratégie de survie.
Le mode de l'adulte sain	/	Le patient prend une fonction modulante favorable comme par exemple celle de protéger le patient qui est dans le mode de l'enfant maltraité

Tableau XXII : les modes de la personnalité borderline

Ensuite, le lien avec la biographie du patient est recherché et des exercices qui font appel à l'imagination sont pratiqués (ils replongent le patient dans la situation traumatisante). Le thérapeute joue alors le rôle du « bon parent » pour combattre les traumatismes de l'enfance (antidote).

Il y a ensuite une étude de cas, un changement des modes de schémas et le développement de l'autonomie.

Dans le cadre de dépendance aux substances on peut parler de « Dual-Focused Schematherapy »(DFST).

- Entraînement aux habilités sociales : il s'agit de l'enseignement de stratégies de résolution de problèmes. Il se fait à travers des jeux de rôle. Cet entraînement s'avère surtout efficace pour les personnalités schizoïdes et schizotypiques.

Les principales habiletés sociales sont :

- La gestion des émotions
- Savoir réagir à l'intimidation et à la pression des pairs
- l'expression des sentiments
- la communication sociale
- la négociation et résolution de conflits
- l'empathie
- la défense de ses propres intérêts
- le comportement approprié selon l'âge
- la planification et organisation.

2.4.3 Psychodynamique

La thérapie psychodynamique passe par la parole et repose sur l'interaction au cours de la consultation.

Elle explore le passé du patient, les forces qui orientent sa vie, les pensées qui influencent son comportement pendant la consultation.

- + Par exemple, pour la personnalité dépendante, elle recherchera des conflits qui prennent la forme de compromis. La méthode d'investigation Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) porte sur (1) ses désirs, besoins et intentions (2) la réponse réelle, anticipée ou souhaitée des autres (3) sa réponse personnelle. [112]
- + Pour la personnalité évitante, le thérapeute cherchera du côté de son désir d'être au centre de l'attention et de la réponse de l'entourage anticipée négative (désapprobation). [108]
- + Pour la personnalité histrionique : mettre l'accent sur les conflits, la façon de les exprimer par la parole plutôt que par les comportements [120]
- + Pour la personnalité obsessionnelle compulsive : plutôt une thérapie individuelle car en groupe la personne va se focaliser sur les imperfections des autres. Rechercher des éléments stressants ou des interprétations stressantes pour la personne. N'apporter qu'un changement à la fois pour la personne. [114] [115]

Elle apprend à changer au fur et à mesure, par exemple si le patient se met en position de soumission elle apprend que l'inverse de la soumission est l'indépendance, sans chercher à exercer de contrôle sur les autres.

Des branches de la psychodynamique sont :

- Focalisée sur le transfert

Le thérapeute étudie : [121]

- la relation entre les activités du patient (les difficultés pour les réaliser, les émotions véhiculées pendant ces activités etc.) et son comportement dans le moment présent (transfert).

- o la relation entre la différence de représentation (de soi et de l'autre (celle du psychothérapeute en l'occurrence)) et le comportement dans le moment présent.

La première étape est la **prise de conscience** par le patient de ses représentations et émotions (introspection). Dans ce but, le travail d'exploration du thérapeute amène le patient à clarifier son argumentation pour trouver les fondements de sa pensée.

Ensuite vient la **confrontation** pour souligner les contradictions (sous forme d'interrogation). La cohérence et l'harmonie sont apportées dans la réflexion avec le thérapeute.

Puis le patient développe sa **souplesse mentale**, pour réduire le clivage (vision en noir et blanc).

Exemple:

« Une femme demande à son thérapeute s'il est possible de déplacer l'heure de la prochaine séance. Vérification faite dans son agenda, le thérapeute répond par la négative. La patiente devient promptement enragée et lui adresse plein de reproches, dont celui de ne pas vraiment l'aimer. Elle dit détenir maintenant la preuve qu'il ne veut pas d'elle en thérapie et avoir la certitude qu'il prend même plaisir à la maltraiter, à la voir souffrir, etc. Il y a ici activation d'une représentation d'un Soi frustré, rejeté en relation avec un autre négligent, abuseur et sadique. La colère de la patiente continue de s'accroître. Elle quitte son fauteuil et marche de long en large dans le cabinet en poursuivant ses insultes envers le thérapeute. Elle en vient même à le menacer de son poing. Le thérapeute lui demande si elle peut se joindre à lui pour observer ce qui se passe maintenant et réfléchir ensemble à la situation actuelle. La personne hésite, marche encore un temps avant de retourner lentement vers son fauteuil. Le thérapeute attend que la patiente se calme un peu, puis suggère que s'il y avait eu un observateur dans la pièce, il aurait vu une femme le maltraiter aussi durement qu'elle se plaignait de l'être.

Elle le regarde, à la fois incrédule et stupéfaite. Il ajoute bien comprendre sa déception, mais pas la colère qu'elle vient de lui manifester, néanmoins, explique-t-il, la colère et la rage sont des sentiments tout à fait humains et acceptables et, malgré leur intensité, ces sentiments peuvent être exprimés d'une façon maîtrisée, contrôlée, mais qu'ils posent problème lorsqu'ils sont déniés, parce qu'il est alors impossible à une personne de contrôler ce dont elle n'est pas consciente. »

Cette thérapie est efficace pour les personnalités narcissiques et borderline.

- Le traitement basé sur la mentalisation (MBT)

La mentalisation est l'outil pour interpréter les comportements des autres. Le but de l'entraînement est de différencier ses émotions et sentiments de ceux d'autrui, de mieux comprendre autrui.

Une interprétation erronée est la source de nombreux malentendus, une meilleure base pour le raisonnement donnera une perception plus juste des autres et permettra au patient de choisir mieux ses actions.

Ce type de traitement est efficace pour les personnalités narcissique et borderline. [105][107]

Les comportements auto-agressifs sont compris comme un échec de mentalisation.

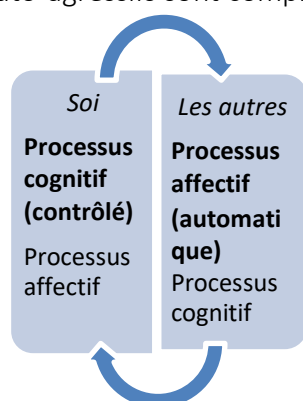


Figure 37 : La distinction des processus cognitifs et affectifs et de la provenance, de soi ou des autres

Le traitement se focalise sur un évènement en général interpersonnel.

Les groupes de mentalisation sont un bon moyen d'exercer la mentalisation. La prise de tour est nécessaire dans l'organisation des séances. Le rôle du thérapeute est de contrôler la pertinence de ce qui a lieu et de remettre sur les rails. Il n'est pas censé tout connaître de la dynamique du groupe ou des pensées des patients mais il doit être engagé et questionner pour stimuler l'effort de mentalisation. Il doit aussi se montrer suffisamment compétent pour avoir l'autorité nécessaire au bon déroulement de la séance. [122]

La peur d'être incohérent et la difficulté pour les patients d'exposer les expériences vécues de façon neutre sont les freins à l'exercice.

NB : La thérapie psychodynamique peut être utilisée pour la personnalité borderline après une crise suicidaire (92% de survie à la rechute, à l'hospitalisation et d'absence de récurrence). Des thérapies comme la « Dynamic Deconstructive Psychotherapy » (DDP) peuvent être utilisées dans le cadre de dépendance aux substances.[123]

2.4.4 Autre

Désensibilisation : pour les peurs et traumatismes (personnalité évitante).

- par les mouvements des yeux (EMDR) : comme pendant la phase de sommeil paradoxale, ils sont exécutés en même temps que l'évènement traumatisant est discuté.
- Par de la réalité virtuelle : par exposition à la situation redoutée

2.4.5 Difficultés, limites en pratique

Efficacité : la psychothérapie est le socle du traitement des troubles de la personnalité. Plusieurs courants psychothérapeutiques se sont développés et ont eu leur efficacité montrée par des études cliniques, avec groupe contrôle et répartition aléatoire des participants. [102]

Toutefois, la quasi-totalité des recherches ont porté sur la personnalité borderline donc il est difficile de savoir si cette efficacité se retrouve pour les autres troubles de la personnalité.

Quant à la stabilité des gains après arrêt de la psychothérapie, les méta-analyses ne permettent pas de trancher entre un maintien ou une régression (Cristea et coll., 2017).

Difficultés : Etablir un planning, la rupture d'adhérence avec le patient (volontaire ou non). Une méta-analyse (Barnicot, Katsakou, Marougka et Priebe, 2011) suggère un taux d'abandon supérieur à 25% chez les troubles de la personnalité borderline).

Des pratiques différentes d'un psychiatre à l'autre.

Une maîtrise de soi du psychiatre dans la dynamique de l'interaction avec le patient. [124]

2.5 Médicaments

En parallèle de la psychothérapie, la pharmacothérapie permet (pour certains patients) une synergie dans le traitement des patients.

Actuellement, il n'existe pas de médicament indiqué pour un trouble de la personnalité. Les médicaments sont indiqués pour le traitement des affections qui accompagnent ces personnalités pathologiques (symptômes et comorbidités).

2.5.1 Grandes classes

Il existe quatre grandes classes de médicaments utilisés dans ce cadre :

- Les antidépresseurs (pour stimuler l'humeur et l'état affectif)
- Les stabilisateurs de l'humeur (pour réguler les variations pathologiques de l'humeur)
- Les antipsychotiques (pour atténuer l'excitation psychomotrice, les comportements agressifs, les tensions agressives, les hallucinations et les délires)

- Les anxiolytiques (pour combattre l'anxiété et le stress, sédatif)

Plusieurs études ont cherché à établir un classement d'efficacité des médicaments de ces classes pour les troubles de la personnalité.

2.5.2 Recommandations pour chaque trouble

Les recommandations oscillent entre un conseil d'absence de prescription médicamenteuse sans comorbidité (ou si nécessaire à court terme (crise), NICE guideline) et un conseil de prescription de substance pour chaque domaine symptomatique (APA guideline).

Un profil de réponse pharmacologique peut être dressé comme suit : [9], [90], [101], [103], [125], [126]

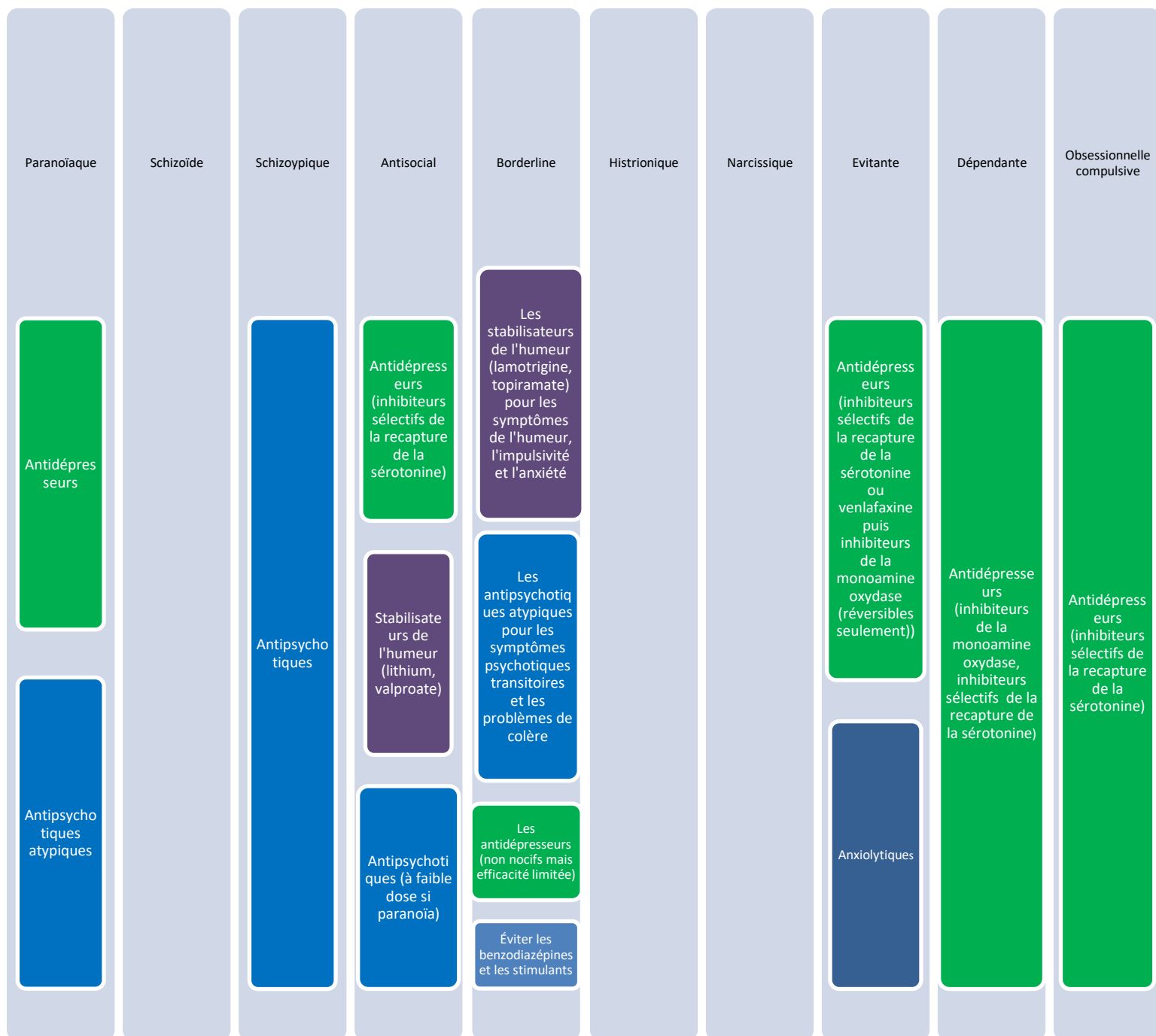


Figure 38 : types de médicaments recommandés pour chaque trouble de la personnalité

Les personnalités schizoïde, histrionique et narcissiques ne semblent pas bénéficier d'un traitement médicamenteux.

Pour la personnalité borderline, des algorithmes de décision ont été dessinés par l'APA (voir annexe III), l'efficacité de ce traitement est souvent importante. [90]

Pour les autres types de personnalité, le traitement est à voir au cas par cas, il peut ou non être utile (variable).

2.5.3 Difficultés, limites en pratique

Pour les personnalités antisociales: une prise concomitante d'alcool, de substance, d'autres traitements pour les pathologies concomitantes de l'axe I. L'évaluation de l'effet d'un traitement médicamenteux (symptomatique) est complexe. [101]

Difficulté pratique : les personnalités pathologiques (impulsives) ont tendance à abuser de leur traitement ou à devenir addict.

Difficulté théorique : beaucoup d'études pour les personnalités du cluster B mais manque d'étude pour les personnalités du cluster C (pour obsessionnelle compulsive et dépendante) et A (paranoïaque, schizoïde, schizotypique). [10], [108]

Limites :

- hétérogénéité des patients pour un trouble de la personnalité donné : comorbidités, degrés de sévérité ...
- il est difficile de vraiment prédire l'efficacité du traitement à partir des symptômes, plusieurs traitements sont essayés à la chaîne jusqu'à trouver une substance efficace ou non
- d'où une difficulté de trancher entre prescrire ou non un médicament (probabilité de bénéfice/risque difficile à connaître)

Dans son ensemble, le traitement pharmacologique est reconnu comme peu efficace. Cependant certains symptômes peuvent être en partie soulagés par des psychotropes. Ainsi, l'impulsivité, la colère, les symptômes dissociatifs ou paranoïaques semblent répondre à des neuroleptiques atypiques.

2.5.4 Médico-économie

L'objet de ce paragraphe est de regarder l'ensemble des prescriptions dans le cadre de ces pathologies pour se faire une idée du rapport bénéfice/coût.

Tout d'abord, regardons la place de la psychiatrie dans l'ensemble des dépenses en santé en France : [127]

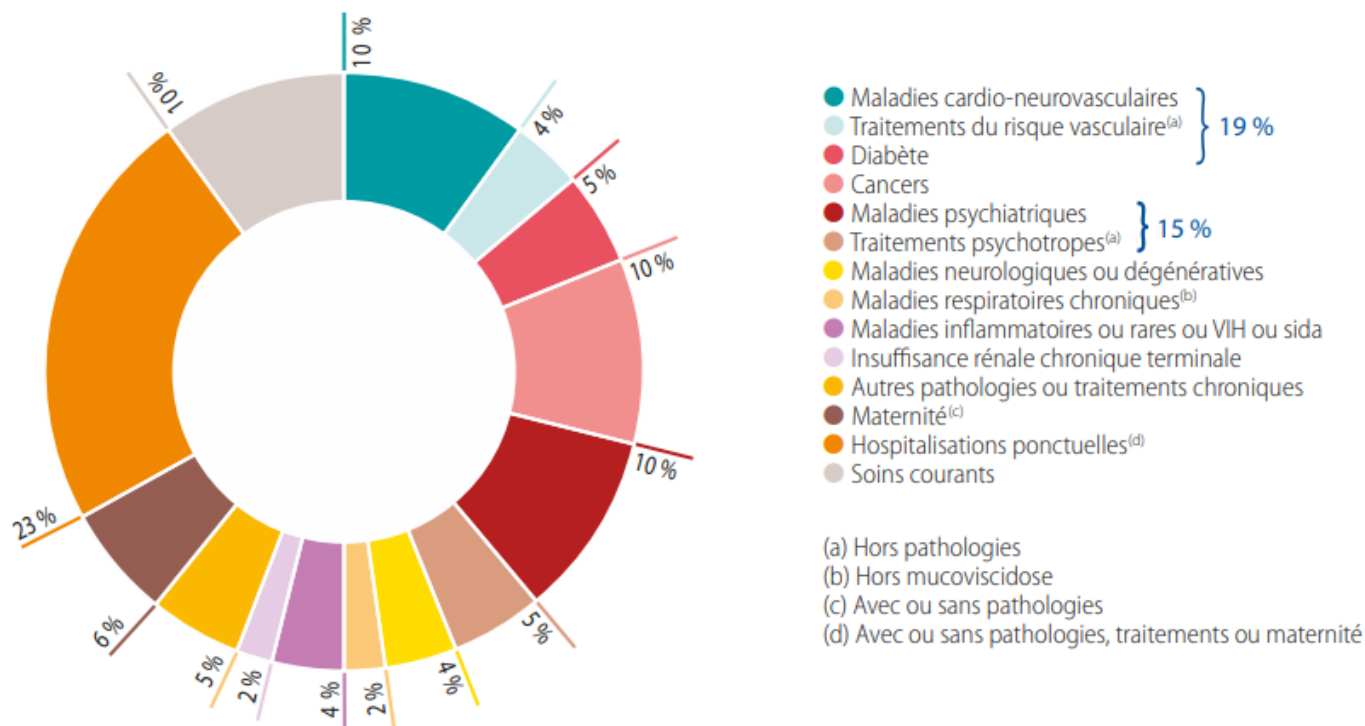


Figure 39 : Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2015 (source CNAMTS)

Le nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2015 est de :

- 1 859 000 pour les maladies psychiatriques

NB : le nombre de patient total en psychiatrie ~ 2.2 millions [128]

Intéressons-nous aux prescriptions pour les maladies psychiatriques (de façon indifférenciées) : [129], [130], [131], [132]

- 89% des prescriptions contiennent au moins un neuroleptique (en moyenne 1.8 neuroleptique par ordonnance)
- 11% ont un psychotrope mais pas de neuroleptique (antidépresseurs, normothymiques, anxiolytiques, hypnotiques)
- Les neuroleptiques classiques sont de moins en moins utilisés : ils représentaient 80% des neuroleptiques prescrit en 1996-1998, 65% en 2003
 - Dans ces 65% :
 - 35% de phénothiazine
 - 10% butyrophénone (surtout l'halopéridol)
 - 10% thioxanthènes

Ci-dessous le tableau chiffré illustrant le point précédent avec en F6 les trouble de la personnalité et du comportement :

Diagnostic CIM 10	Neuroleptiques classiques		Neuroleptiques atypiques	
	2001	2003	2001	2003
F0	78 %	50%	22%	50%
F1	83 %	80%	17%	20%
F2	65 %	25%	35%	75%
F3	66 %	66%	34%	34%
F4	72 %	100%	28%	0%
F6	70 %	43%	30%	57%
F7	55 %	60%	45%	40%
Autres (F5, F8, F9)	64 %	50%	36%	50%

Tableau XXIII : Evolution des parts respectives de neuroleptiques classiques et de neuroleptiques atypiques dans les prescriptions de neuroleptiques

- La rispéridone et l'olanzapine sont les neuroleptiques atypiques les plus prescrits
- Les bi et tri-thérapies sont de plus en plus courantes avec les neuroleptiques
- Parmi les co-prescriptions :
 - Les antidépresseurs sont en constante progression (25% en 1996, 46% en 2003)
 - < 10% de tricycliques
 - 80% ISRS ou apparentés
 - L'adjonction d'anxiolytique à un neuroleptique a augmenté (44% en 1998, 70% en 2003)
 - 87% de benzodiazépines
 - Pas de changement pour les hypnotiques (55% des ordonnances)
 - 65% zolpidem
 - 21% zopiclone
 - L'utilisation des thymorégulateurs est stable (27%)
 - 41% valpromide

Maintenant, regardons les résultats d'une étude sur les prescriptions en Angleterre pour les personnalités pathologiques (qui doivent être similaires aux prescriptions françaises).

Attention : Cette étude comporte une majorité de patients borderline (68%). [133]

- 68% des patients ont un plan de crise. Dans 72% des cas, le patient a contribué à son élaboration (surtout les patients non hospitalisés).
- Environ 55% des patients sans comorbidité ont été prescrit un psychotrope pour une durée d'au moins 6 mois, (ne devrait excéder 1 mois selon le NICE).
 - dans 32% de ces prescriptions, il y a prescription de benzodiazépine et
 - dans 20 % il y a prescription de Z-hypnotique (zolpidem (Stilnox), le zopiclone (Imovane) et le zaleplon (Sonata)).

- 82% des patients ont une prescription sur l'une des catégories suivantes : antipsychotique (55%), antidépresseur (64%), stabilisateur de l'humeur (20%) et sédatif (43%).
 - 67% de ces patients ont une revue de médicament documentée. Elle concerne :
 - La réponse thérapeutique (84%)
 - Les effets indésirables/tolérance (65%)
 - Le point de vue du patient (74%)
 - L'adhérence (54%)
 - Le résultat de cette revue est communiqué dans 94% des cas

Un des problèmes rencontré avec ces prescriptions est le celui de la prescription au long court d'anxiolytiques ou d'autres psychotropes (sauf les antidépresseurs pour lesquels il est recommandé de ne pas arrêter le traitement trop rapidement).

Aussi, les co-prescriptions nécessiteraient probablement plus d'encadrement.

Cherchons ensuite les raisons des prescriptions (supérieures aux recommandations du NICE) pour les patients avec trouble de la personnalité.

Les prescripteurs ont prescrit : [134]

- Pour satisfaire l'attente du patient, pour qu'il se sente reconnu malade et pris en charge
- Pour éviter de se sentir impuissant face à la souffrance du patient
- Car ils sont l'un des multiples prescripteurs, avec un avis personnel pour la prescription (avis qui peut être fondé sur la connaissance partielle des raisons du prescripteur précédent)
- Pour aider à la psychothérapie (facilite les échanges avec le patient)

Le problème de ces prescriptions découle à la fois du manque de traitements efficaces à proposer, du manque de considération pour les traitements non-médicamenteux et de la complexité du rôle du psychiatre dans la relation avec le patient.

Le coût (financier et humain) de la surprescription devrait pouvoir être évitable, quelques pistes pour cela :

- Augmenter la supervision, c'est-à-dire la collaboration et le soutien entre médecins pour pouvoir gérer émotionnellement les consultations
- Entraîner mieux les médecins à la psychothérapie (dont les généralistes)
- Encourager les médecins à donner des placebos lorsqu'ils se sentent obligés de prescrire
- Rechercher des facteurs plus spécifiques chez les patients pour que les médecins puissent sélectionner des médicaments efficaces (traitement individualisé, recommandations précises) ou bien développer dans les prochaines années de nouveaux médicaments qui agiraient sur d'autres cibles, reste à savoir lesquelles

3. Aspects médicaux-légaux

3.1 Soins en situation médico-légale

3.1.1 Droits des patients (non spécifiques à la psychiatrie) [135] [136] [137]

Droits fondamentaux : Les droits inhérents à la dignité humaine sont intangibles : droit à la vie, droit à ne pas être soumis à la torture ou à un traitement dégradant ou inhumain, protection de l'intégrité physique et psychique.

Consentement aux soins : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Aucun acte médical et aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

La personne de confiance : Article L1111.4 CSP : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »

Droit aux directives anticipées : Article L1111.11 CSP : « **Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. [...]**

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

[...]

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Droit au respect de la vie privée et au secret médical : Article 4 du code de déontologie médicale, article R.4127-4 du code de la santé publique.

Il existe une dérogation : le « secret partagé » entre plusieurs professionnels de santé : article L1110-4 du code de la santé publique.

Droit d'accès au dossier : Loi sur les droits du malade (4 mars 2002) : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention. »

3.1.2 Droits encadrant les trois modes d'hospitalisation en psychiatrie [138], [139], [140], [141], [142]

Hospitalisation libre (régime habituel)

Au vu de son état de santé (n'empêchant pas le libre arbitre), le patient consent aux soins, il signe son admission à l'entrée à l'hôpital et donne son autorisation.

Les patients ont la liberté d'aller et venir : *Circulaire n°48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993* : « Les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées ».

Hospitalisation à demande d'un tiers (~ 80 % des hospitalisations sous contrainte, durée moyenne : 38 jours)

Articles L 3212-1 et suivants du code de la santé publique :

Il s'applique lorsque l'état du patient rend nécessaire des soins immédiats en milieu hospitalier et que les troubles mentaux rendent le consentement impossible. Le tiers est le plus souvent un membre de la famille, pour avoir la qualité pour agir il doit pouvoir justifier de relations antérieures avec le malade.

Loi du 27 juin 1990 : pour initier la mesure, le constat doit être fait par deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours. Les médecins les rédigeant ne sont pas nécessairement des psychiatres, un de ces médecins doit être extérieur à l'établissement qui accueille le malade.

A titre exceptionnel, en cas de péril imminent, une hospitalisation à la demande d'un tiers d'urgence peut avoir lieu (dans ce cas : 1 seul certificat médical obligatoire). La Commission Départementale des Hôpitaux Psychiatriques (CDHP) doit être immédiatement informée de la décision et, dans les 3 jours, le procureur de la république du domicile du patient et du lieu de l'établissement doit être notifié par le préfet.

La CDHP : *loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades* : cette commission est composée de six membres : trois médecins, dont deux psychiatres et un médecin généraliste, deux représentants des usagers et un magistrat. Le mandat est fixé à trois ans.

Cette instance est informée de toute hospitalisation sans consentement (10% des patients en psychiatrie), du renouvellement ou de la levée de ces hospitalisations. Elle rend des visites régulières aux établissements et contrôle les dossiers des patients (hospitalisés depuis plus de 3 mois), rencontre les patients à leur demande. Elle peut proposer au tribunal de grande instance d'ordonner la sortie d'un patient.

La loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 : elle crée une autre autorité administrative indépendante, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (établissements pénitentiaires et de santé).

Décret du 12 mars 2008 : communication à ce contrôleur de tous les documents justifiant l'hospitalisation sans consentement (certificats médicaux etc.).

Cette hospitalisation à demande d'un tiers peut être levée de plusieurs façons :

- A la demande d'un membre de la famille ou du tiers
- Par certificat médical de sortie (établi par un psychiatre de l'établissement en question). Il doit être adressé par le directeur de l'établissement au préfet (< 24 heures), à la CDHP et au procureur de la république.
- Par non production des certificats de quinzaine ou mensuels (Le Juge des libertés et de la détention (JLD) contrôle systématiquement avant le 15^{ème} jour et au 6^{ème} mois les hospitalisations complètes continues sans consentement, il peut maintenir ou lever l'hospitalisation, à défaut de décision de sa part il y a levée)
- Par décision judiciaire du président du tribunal de grande instance (il peut être saisi par toute personne portant un intérêt au patient).

NB : *loi du 5 Juillet 2011* : le JLD et le préfet peut s'appuyer sur l'avis du collège de soignants (composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient ; les modalités de désignation des membres sont fixées par le décret n°2011-847 aux articles R3211-2 et S. CSP).

Hospitalisation d'office (~ 20 % des hospitalisations sous contrainte, durée moyenne 63 jours)

Articles L 3213-1 et suivants du code de la santé publique :

Cette hospitalisation se fait lorsque les personnes à la fois nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En cas d'atteinte à l'ordre public, les commissaires de police déclenchent la procédure (ou dans les provinces les maires, par arrêté). Cet arrêté deviendra caduque au bout de 48 heures s'il n'y a pas de confirmation préfectorale. La décision doit être attestée par un avis médical (certificat après examen clinique du malade, avec des faits médicaux) ou, à défaut, par la notoriété publique.

Pour les hospitalisations sous contrainte, le directeur de l'établissement d'accueil doit vérifier la légalité avant d'admettre la personne.

Article L. 3212-1 du Code de la Santé Publique : en cas d'hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement doit transmettre dans les 24 heures au préfet un certificat médical établi par un psychiatre.

La levée de l'hospitalisation d'office :

- Certificat de demande de levée, rédigé par un psychiatre de l'établissement, et transmis dans les 24 heures au préfet, qui doit statuer sans délai
Exception : hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 du CSP
- Expertise de 2 psychiatres extérieurs à l'établissement concluants à la non dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui (*Article L 3213-8 du CSP*)
- Par décision judiciaire du président du tribunal de grande instance (il peut être saisi par toute personne portant un intérêt au patient).

Pendant l'hospitalisation sous contrainte les patients gardent des droits :

Article L. 3211-3 du Code de la Santé Publique : « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement »

Les patients ont :

- le droit d'être informé de leur situation juridique et de leurs droits,
- le droit de vote,
- le droit d'échanger par courrier,
- le droit de communiquer avec toutes les autorités,
- le droit de saisir la CDHP ou le contrôleur général des lieux de privations de libertés, de prendre conseil d'un médecin ou avocat de son choix,
- le droit d'accès à son dossier administratif et médical
- le droit de bénéficier de permissions de sortie pour motif thérapeutique ou pour effectuer des obligations administratives ou légales (12 heures maximum, accompagné par du personnel de l'établissement : *loi du 5 Juillet 2011* [143])

NB : la prise en charge « sous contrainte » peut ne pas se limiter à de l'hospitalisation complète, avec des programmes de soins à domicile ou des séjours en établissement de santé. [144] Cependant, l'article L.3211-2-1 du Code de la Santé publique stipule "*qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous toute autre forme que l'hospitalisation complète dans un établissement psychiatrique*". [136]

Tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en ambulatoire peut donc refuser de prendre des médicaments psychiatriques.

Aussi, avant de décider de poursuivre une prise en charge « sous contrainte », une phase d'observation de 72 heures en hospitalisation complète est obligatoire.

- Dans les 24 heures suivant l'admission :
 - un médecin réalise un examen somatique complet de la personne
 - un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical (constat de l'état mental) et confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission.
- Dans les 72 heures suivant l'admission :

De nouveau, un certificat médical est établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil. Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement, le psychiatre propose la forme de la prise en charge (dans un avis motivé) puis le programme de soins.

Et, d'après l'Article L.3222-5-1 du CSP (créé par l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé) :

« L'isolement et la contention sont **des pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, **sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée**.

Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1.

Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, **ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.**

Le **registre**, qui peut être établi sous forme numérique, **doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.**

L'**établissement établit annuellement un rapport** rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en oeuvre.

Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » [145]

3.2 Responsabilité pénale [10]

Article 122-1 du code pénal : « **N'est pas pénalement responsable** la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes **demeure punissable**. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue **une peine privative de liberté**, celle-ci **est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans**. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, **elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.** »

Mesures de sûreté : La chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peut prononcer des mesures telles que définies à l'*Article 706-136 du code de procédure pénale* :

- l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou sociale spécialement désignée (dans le cas où l'infraction a été commise dans cette situation)
- la suspension du permis de conduire ou son annulation
- interdiction de paraître dans un lieu donné ou d'entrer en contact avec certaines personnes

3.3 Soins en milieu pénitentiaire [10], [146]

Article L6112-1 du CSP :

« Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, **dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité** et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2. »

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 :

La loi de 1994 prévoit que l'établissement pénitentiaire **dispose d'un service médico-psychologique régional** (en plus d'être rattaché à un établissement hospitalier, qui s'occupe au sein de l'établissement de l'**unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)**). Ce SMPR est placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

Si un détenu doit être hospitalisé pour trouble mental, cela se fait au sein d'une **unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)** de l'établissement hospitalier.

Le bénéfice de la protection sociale est étendu à l'ensemble des détenus, par une affiliation dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale.

3.4 Responsabilité et protection civile [10], [147]

Responsabilité civile :

Article 1240 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Article 489-2 ou 414-3 : « Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation. »

N'entrent pas dans le champ de cet article les pathologies physiques (l'inconscience provoquée par des troubles physiques, du type crise cardiaque, épilepsie ou accident vasculaire cérébral).

Les personnes atteintes de troubles mentaux doivent donc souscrire, comme tout à chacun, à une assurance de responsabilité civile.

Article 1384 du Code civil : responsabilité du fait d'autrui : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde
[...]

Le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés ;

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance. »

Article 414-1 : nullité du contrat : « Pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit. C'est à ceux qui agissent en nullité pour cette cause de prouver l'existence d'un trouble mental au moment de l'acte ».

Article 1108 du Code civil : « Quatre conditions sont essentielles pour la validité d'une convention :

- Le consentement de la partie qui s'oblige ;
- **Sa capacité de contracter ;**
- Un objet certain qui forme la matière de l'engagement ;
- Une cause licite dans l'obligation. »

Protection civile : curatelle et tutelle : Article 425 du Code civil, loi du 5 mars 2007, protection des majeurs :

« Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions »

4. La correspondance entre biologie et personnalité

Historiquement, la démarche a été entreprise par plusieurs psychobiologistes dont Claude Robert Cloninger, qui donne les représentations suivantes des tempéraments et des caractères : [89]

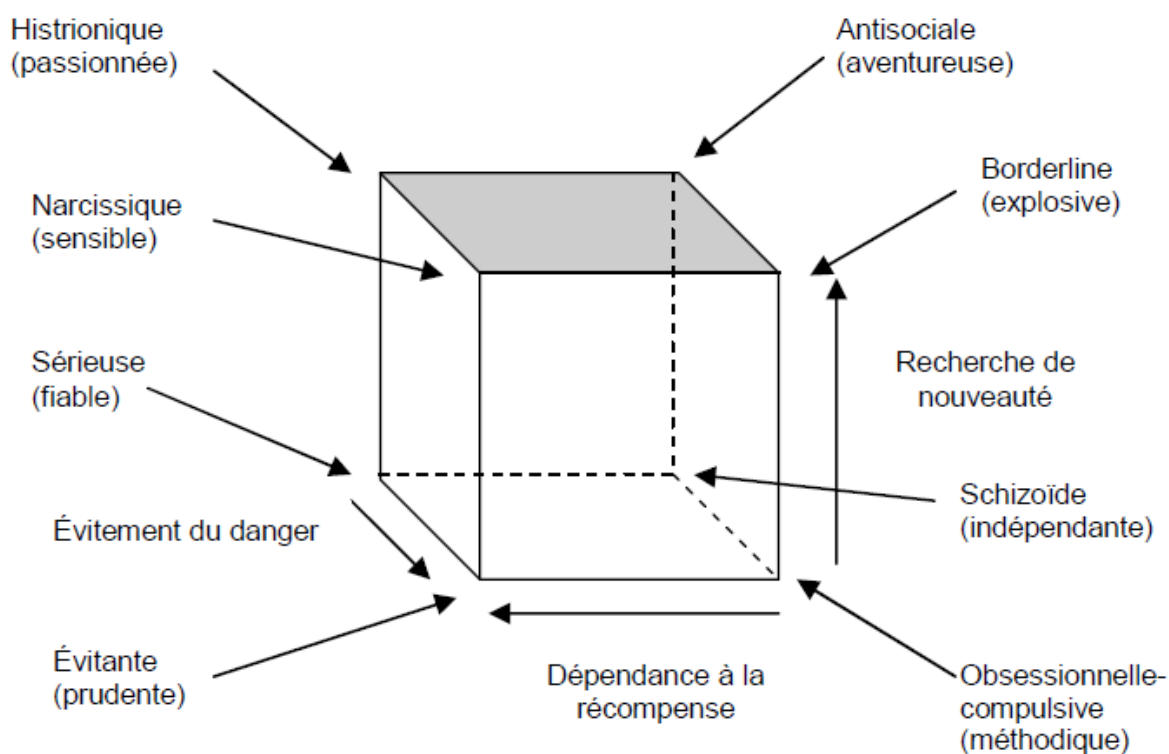


Figure 40 : Cube des tempéraments (régulation inconsciente)

Ce premier cube a les 3 dimensions « recherche de nouveauté », « évitement du danger » et « dépendance à la récompense ». Il n'intègre pas les personnalités paranoïde et schizotypique que C.R Cloninger range du côté des caractères.

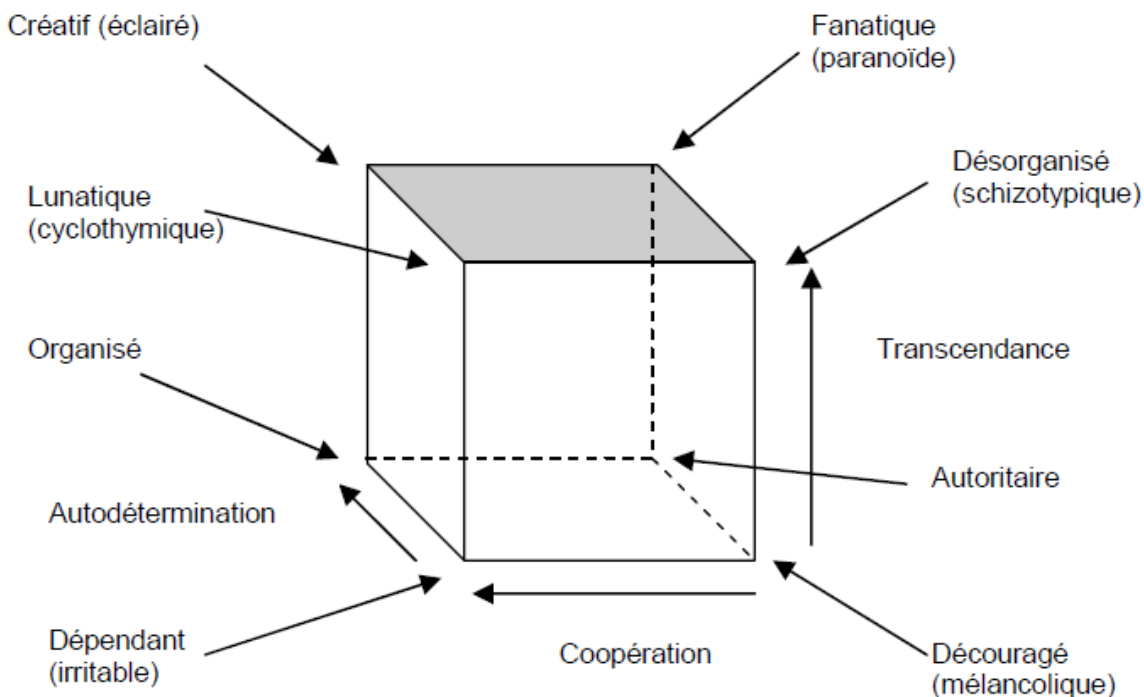


Figure 41 : Cube des caractères (régulation consciente)

Ce deuxième cube a les 3 dimensions « autodétermination » (~ indépendance, autonomie), « coopération » et « transcendance » (ou dépassement de soi), à savoir que Cloninger avait ajouté une 4^{ème} dimension « persévérance » pour les caractères.

Le but en psychobiologie est de rapprocher des traits observables (« symptômes ») et des systèmes biologiques connus (et non plus simplement de regrouper les observations entre elles).

Dans cette démarche, sont le plus souvent explorés les facteurs du *big five*. La vérité biologique semble s'approcher des échelles de la façon suivante : [10], [148]

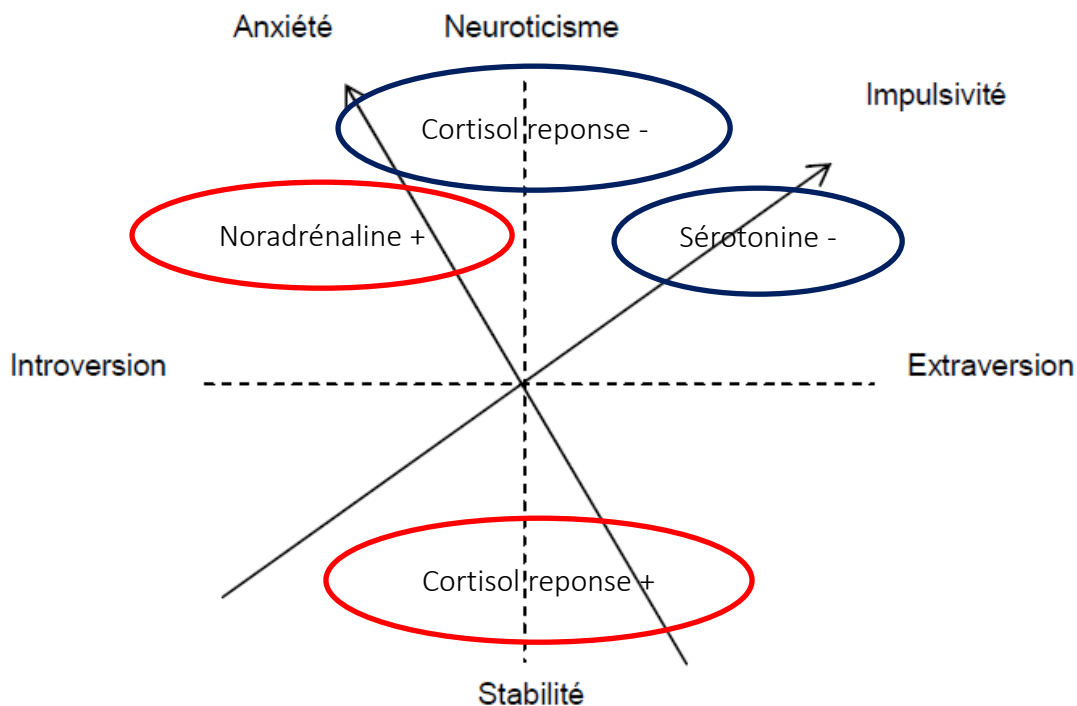


Figure 42 : Plan selon les axes Introversion-extraversion/neuroticisme-stabilité

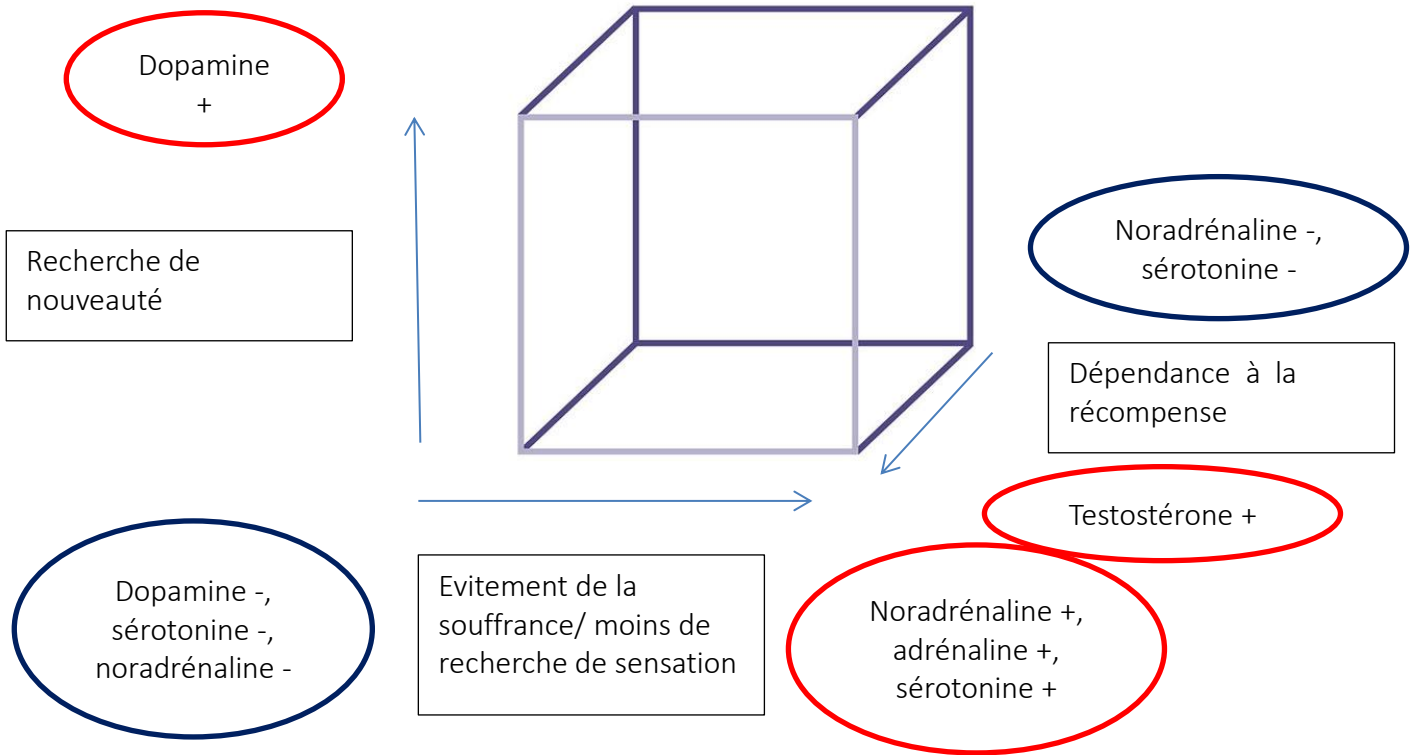


Figure 43 : Biologie et dimensions « Recherche de nouveauté » / « évitement du danger » / « dépendance à la récompense »

4.1 Neurologie et imagerie

Dans ce domaine, nous distinguons 3 situations : [148]

Affectivité positive	ouverture, dépendance à la récompense, large gamme d'affects positifs
Affectivité négative	neuroticisme, comportement inhibé, évitement, sensibilité à la punition, large gamme d'affects négatifs
« contrainte »	degré de contrôle des impulsions et émotions, aptitude à différer les récompenses et à orienter son attention

Affectivité positive

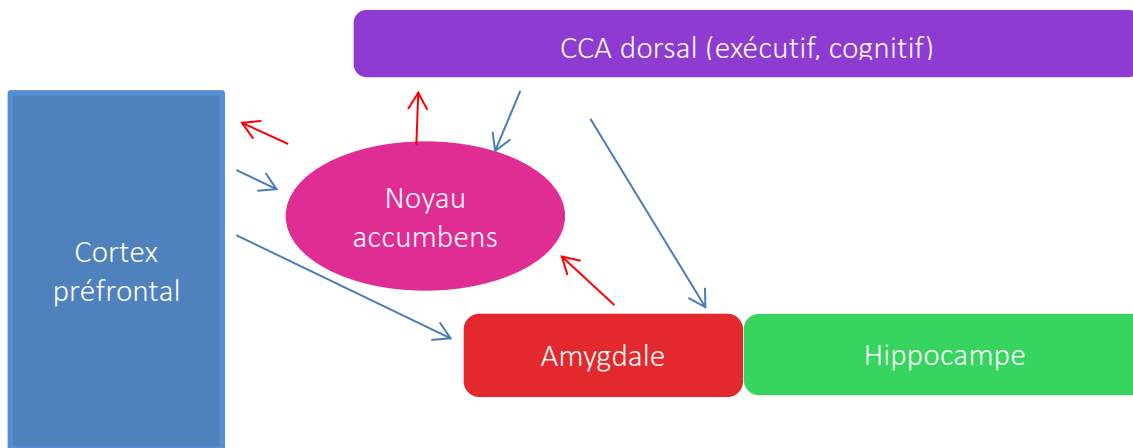


Figure 44 : schéma pour illustrer le mécanisme de l'affectivité positive

- Amygdale : activation par stimuli émotionnel positif et extraversion
- Noyau accumbens : les projections font remonter l'information au CCA dorsal et au cortex préfrontal dorsolatéral droit : conscience du plaisir et motivation
- Régulation de l'amygdale et du noyau accumbens par voies inverses

Affectivité négative

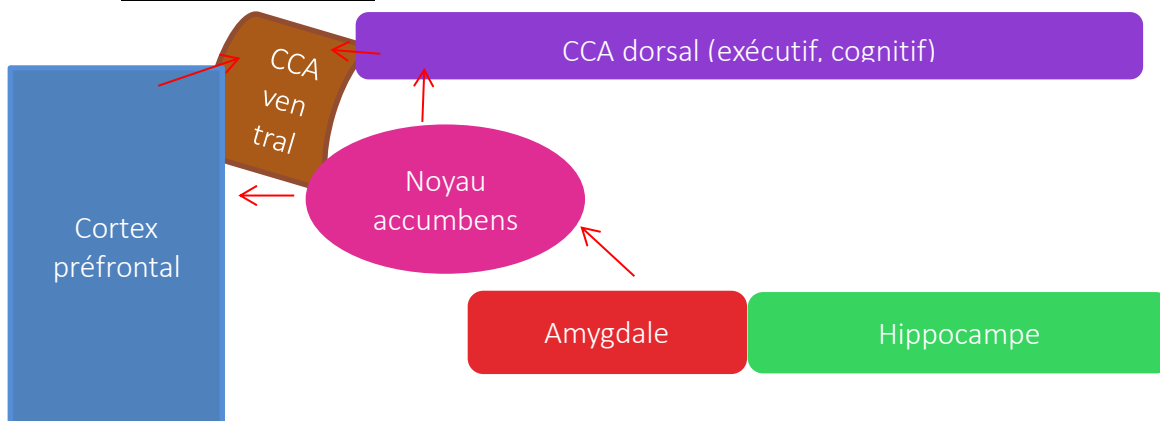


Figure 45 : schéma pour illustrer le mécanisme de l'affectivité négative

- augmentation de l'activité amygdalienne au repos, sa réactivité est augmentée lorsque l'individu est confronté à la nouveauté, sa taille est augmentée ou diminuée en cas de séquelle
- défaut de contrôle par le cortex préfrontal droit, l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur dorsal
- activation du CCA antérieur ventral (exécutif, émotionnel)
- altération des fonctions exécutives et de la capacité de traitement du stimulus : réponses somatiques et autonomiques exagérées

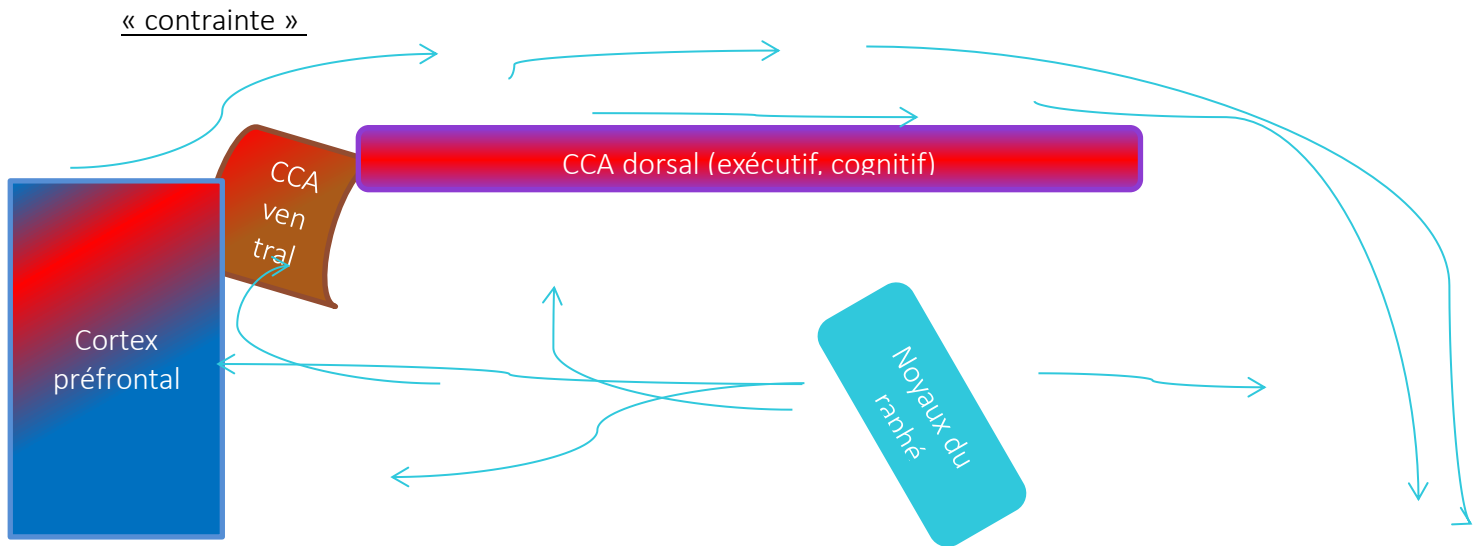


Figure 46 : schéma pour illustrer le mécanisme de « contrainte »

- Activation CCA et performances (sinon déficit de l'attention ou abus substance)
- Cortex préfrontal dorsolatéral droit : activation et moins d'impulsivité
- Motivation et voies sérotoninergiques descendant du noyau raphé : la sérotonine donne une recherche de récompense à plus long terme

Observations annexes: [10], [148], [149]

- Recherche de nouveauté, dépendance à la récompense (~ affectivité positive) et plus de connectivités entre les régions cérébrales (substance blanche)
- Extraversion et activation plus forte du cortex cingulaire (en réaction à des mots positifs)
- Anomalies du métabolisme dans les structures préfrontales et agressivité
- Neuroticisme et activation plus longue du cortex préfrontal médian (devant des visages tristes)
- Hypothèse de dysfonctions de zones cérébrales et psychopathie (lien complexe, hétérogénéité à l'imagerie, 17 zones ont été relevées (cortex préfrontal)).
- La personnalité borderline et une taille des lobes frontaux plus petite, des anomalies de l'amygdale, de l'hippocampe et une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire

Ci-dessous les schémas explicatifs de la physiologie de l'axe hypothalamo-hypophysaire et des actions des hormones :

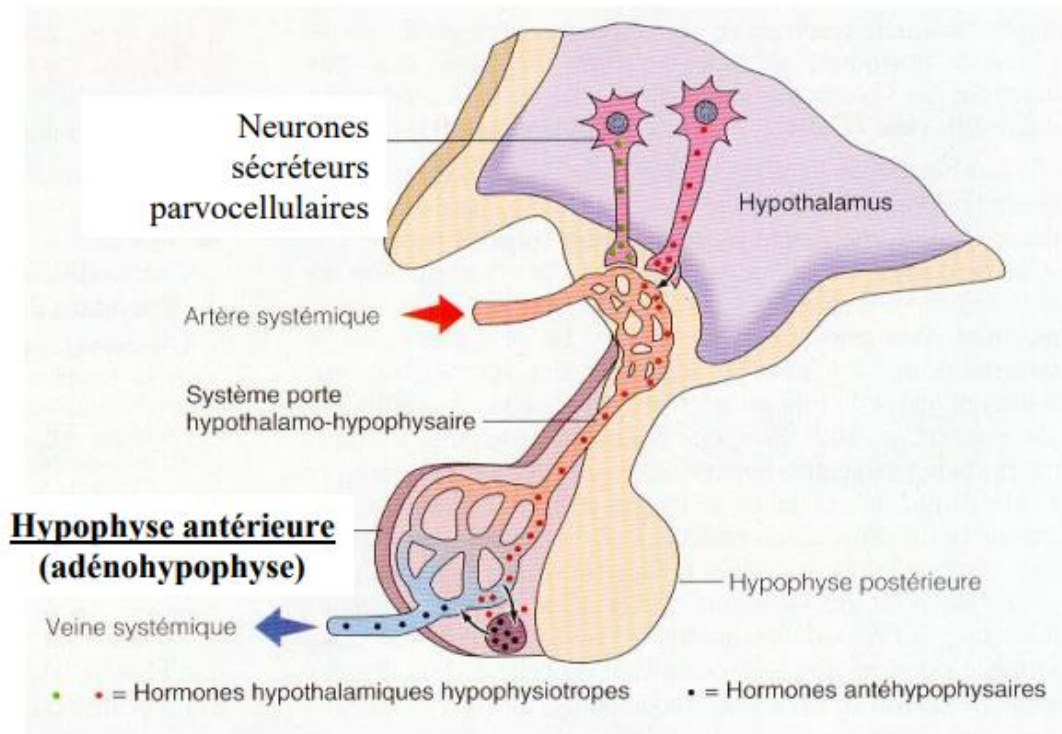


Figure 47 : Schéma de l'axe hypothalamo-hypophysaire [150]

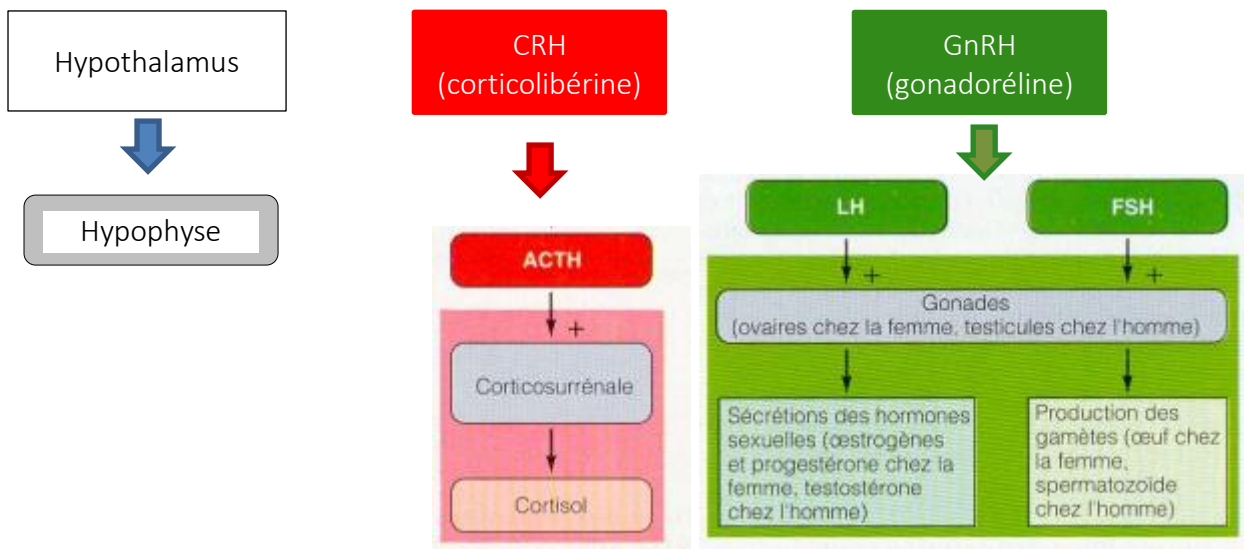


Figure 48 : Répercussions d'une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire [150]

4.2 Recherche génétique et épigénétique

Génétique : [10], [148], [151]

Ci-dessous deux tableaux de correspondance entre génétique et dimensions de personnalité, celles du big five puis celles de C.R. Cloniger.

Dimension ->		Extraversion	Amabilité	Conscienciosité	Neuroticisme	
Lien avec la génétique	Ouverture					
↓						
Héritabilité des traits (jumeaux) : De 35 à 56%	Figure 49 : estimation de la relation entre les scores aux dimensions et les facteurs généétiques et environnementaux					
	■ Génétique ■ Environnement (partagé) ■ Environnement (non familial)					
	SNAP25					x
	DYRK1A				x	
	CLOCK			x		
BDNF		x				
CNTNAP2	x					
polymorphisme 5-HTTLPR (transporteur de la sérotonine)					x	
GABA-A					x	

Tableau XXIV : Dimensions du *Big Five* et génétique

Dimension ->					
Lien avec la génétique	Recherche de nouveau	dépendance à la récompense	Evitement du danger	Persistance	Dépression /Anxiété
↓					
polymorphisme du récepteur D4 (dopaminergique) + allèle du récepteur 5-HT2C (et A ?)	x				
polymorphisme D2 et D3		(non confirmé par la méta analyse)			
allèle long DRDA (récepteur à la dopamine)			x		
allèle long MAO			x	x	
Polymorphisme BDNF : • allèle 66M fort « évitement du danger » • allèle 281C>A : inverse			x		x
homozygotie allèle court SERTPR	x				x

Tableau XXV : Autres dimensions et génétique

Epigénétique : génétique x environnement

La place de l'épigénétique semble intéressante, la personnalité (sauf en cas de lésion cérébrale) est modulable par l'environnement (cependant avec des effets à court terme, en l'absence de persistance de l'environnement, contrairement à la génétique) : [151]

- l'influence de l'environnement (familial ou non) sur la personnalité (celle du *Big five*) à un temps donné est estimée de 44 % (pour l'extraversion) à 65% (pour l'amabilité).
- Si l'on regarde un individu dans son développement (à long terme, avec le changement d'environnement avec l'âge, l'évolution des situations), la stabilité des traits est plutôt due à la génétique (60% contre 40% environnement)

Parmi les facteurs environnementaux suivants, tous les facteurs peuvent potentiellement être régulés à l'échelle individuelle, sauf celui en orange qui nécessiterait un effort collectif :

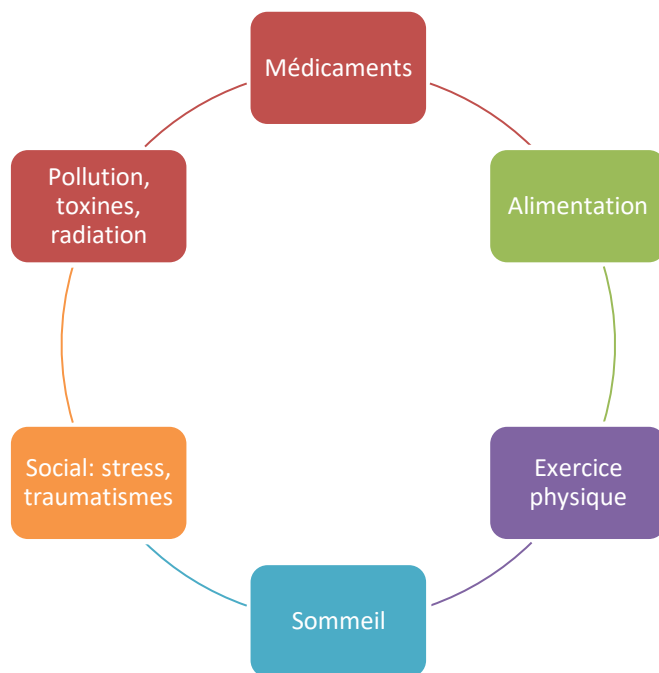


Figure 50 : Principaux facteurs en épigénétique

Pour l'alimentation, des correspondances entre aliments et neurotransmetteurs ont été mises en évidence : [152], [153]

Action	Mécanisme	Aliments
Augmentation en adrénaline, NA et dopamine	Inhibiteur compétitif de l'enzyme AMPc-Phosphodiesterase -> accumulation d'AMPc dans les cellules	caféine
Augmentation en NA et dopamine	Apport en tyrosine (précurseur)	Les amandes L'avocat Les bananes Le boeuf Le poulet Le chocolat Le café Les œufs Le thé vert Le lait (bio) La pastèque Le yaourt
Augmentation en sérotonine (nécessaire pour l'endormissement)	Apport en tryptophane (précurseur, séparé de l'albumine qui le transporte pendant le sport, condition indispensable pour son arrivée au cerveau)	<i>Légumineuses :</i> Lentilles, pois chiches, haricots secs, soja, arachide

		<i>Graines :</i> Courge, sésame, tournesol, citrouille, lupin Noix de cajou, amandes <i>Certains fruits :</i> La banane, Les dattes La mangue <i>Céréales complètes</i>
Augmentation des neurotransmetteurs, prévention de l'inflammation des cellules	Vitamines B1, B6, B9, B12, magnésium, oméga 3, fer...	levure de bière ou alimentaires (torula), les graines, les grains entiers, les noix, les abats, les légumes secs ou verts, les fruits les produits laitiers, poisson, viande, eau
Réduction du cortisol (éviter le manque de sommeil en premier lieu)	Vitamine C, flavonoïdes, phosphatidylsérine	Fruit : kiwi, orange céleri, oignon, persil, laitue, olives Supplémentation

Tableau XXVI : impact potentiel de l'alimentation sur les comportements

NB : (en couleur les recoupements d'aliments) ; la noradrénaline est certes liée au stress (→ augmentation en cortisol), mais aussi, elle permet l'attention focalisée (donc aide à l'apprentissage) et permet l'exécution de tâches répétitives.

Le tryptophane est l'un des 9 acides aminés essentiels, c'est-à-dire qu'il ne peut être synthétisé dans l'organisme à partir d'autres acides aminés. La tyrosine ne fait pas parti de ces acides aminés essentiels (elle peut être synthétisée à partir de phénylalanine) mais provient tout de même à 95 % de l'absorption intestinale (les acides aminés sont libérés par digestion enzymatique des protéines). L'apport en protéine par jour recommandé est de 0.8 g de protéines par kilo pour une journée sans entraînement sportif. La synthèse de la dopamine, elle-même précurseur de la noradrénaline se fait à partir de la tyrosine et des apports en vitamine B et fer, il en est de même pour la synthèse de la sérotonine qui se fait à partir de tryptophane et vitamine B et fer, ces derniers nutriments doivent donc être ingérés en quantité suffisante.

Les études comparatives entre suppléments nutritionnels et médicaments (pour la dépression) montrent une meilleure efficacité à court terme pour les médicaments mais rapidement les effets sont bien moins importants qu'avec les suppléments nutritionnels et les effets indésirables sont plus importants (exemple de la fluoxétine (PROZAC) : céphalées, insomnie, fatigue, nausée, diarrhée (>1/10 patient)...).

Le sport permet également l'augmentation de la dopamine et sérotonine.

Le sommeil est caractérisé par plusieurs cycles (~ 5/nuit, de 90 min) avec plusieurs phases :

- endormissement (à mesure que le besoin de dormir augmente, les mouvements lents des globes oculaires s'accompagnent de la chute des paupières, de la baisse du tonus des muscles de la nuque qui laisse bientôt basculer la tête. Le stade I est une phase courte qui occupe rarement plus de 3 à 5 % de la durée totale du sommeil),
- sommeil léger (à ce stade, le tonus musculaire n'est pas effacé, le sujet est en hypotonie relative et les grandes fonctions végétatives telles que circulation et respiration sont régulières bien que ralenties, ou plutôt apaisées. Le stade II représente environ 50% du sommeil total),
- sommeil lent profond (Les stades III et IV effacent les fatigues, réhabilite les fonctions et redistribuent l'énergie. Il y a une activité métabolique de production neuronale d'amines spécifiques du sommeil .Chez l'enfant: ce stade recouvre en partie la période de sécrétion de l'hormone de croissance)
- sommeil paradoxal (stade V : l'EMG traduit une abolition de l'activité musculaire tandis que les mouvements oculaires s'inscrivent en salves phasiques nombreuses. Le rythme cardiaque et la respiration deviennent irréguliers signant ainsi la dissociation neurovégétative. L'érection s'installe, et divers accès cloniques de la face, des pieds et des doigts peuvent survenir. Le cerveau est actif, désynchronisé du reste du corps. L'activité est intense, c'est le moment du rêve. Ce stade occupe 20 à 25 % du total).

On associe respectivement à ces phases les fréquences des ondes cérébrales suivantes (électricité cérébrale recueillie à la surface du cuir chevelu) :

- rythme alpha-thêta (12-8 Hz – 7-4 Hz),
- rythme thêta avec complexes k et spindles (7-4 Hz ; brefs et intenses pics ; trains d'ondes 16-11Hz),
- delta (4-0,5 Hz),
- onde en dents de scie de très bas voltage (plus de 14Hz)

Les études ont montré qu'un sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant affecte différentes parties du cerveau, comme le cortex préfrontal et l'amygdale. Il amplifie ainsi les troubles de l'humeur et l'anxiété [154]. Des études récentes montrent que la prise d'alcool chronique entraîne une mauvaise qualité de sommeil. [155]

En parallèle, des moyens d'influencer les rythmes cérébraux ont été recherchés pour aider les personnes qui ont une mauvaise qualité de sommeil. Parmi les solutions testées, les battements binauraux (artefacts induits par l'écoute via un casque de sons de différentes fréquences envoyés dans les deux oreilles, censés modeler les rythmes d'ondes cérébrales tel que le rythme d'ondes cérébrales résultant soit de fréquence égale à la différence de fréquence entre l'oreille droite et l'oreille gauche) n'ont jamais été scientifiquement validés comme donnant un effet de relaxation ou autre, les résultats sont contradictoires.

Pour les médicaments, il existe un médicament pour le TDAH qui a des effets sur la personnalité. [156], [157], [158]

Action recherchée	Mécanisme	Nom
Augmentation en dopamine, sérotonine	Inhibition de la recapture des catécholamines, et particulièrement de la dopamine Il stimule leur libération depuis le neurone amont et se lie également avec une affinité modérée sur les transporteurs de la dopamine.	Méthylphénidate

Tableau XXVII: médicament non recommandé pour les personnalités borderline et antisociale car il est psychostimulant

A court terme, la prise de ce médicament augmente la dopamine, à long terme elle induit une tolérance pour la dopamine, la production baisse à la fois en dopamine et en récepteur à la dopamine. Cette tolérance ne concerne pas la sérotonine ni la noradrénaline.

Pour les autres changements, il semble que ce médicament augmente (en utilisation chronique chez la personne auparavant sociale) l'anxiété sociale, le retrait, l'irritabilité, bien que les résultats scolaires soient meilleurs.

Toujours sur les effets des médicaments, Dr Helen Fisher a observé que la prise de médicament pouvait affecter la personnalité, elle explique que ce changement de personnalité (ex : suite à la prise d'antidépresseur) entraîne parfois la rupture du lien amoureux dans un couple (ce lien reposant, selon ses études, sur la compatibilité biologique cérébrale de deux personnes (taux de neurotransmetteurs et d'hormones intracérébral)). Lorsque les autres facteurs (culture, niveau d'éducation...) sont réunis, elle explique que cette compatibilité biologique cérébrale est vraiment cruciale pour choisir un partenaire.

4.3 Biomarqueurs

Les biomarqueurs sont de deux types :

Les biomarqueurs de neurotransmission	Les biomarqueurs de psychophysiologie
Transporteurs, neurotransmetteurs, récepteurs, enzymes	Indicateurs du fonctionnement des organes

Tableau XXVIII : les biomarqueurs

Biomarqueur (type)	Système	Résultats de la recherche
taux de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien (métabolite de la sérotonine)	sérotoninergique	Faible taux (inhibition des systèmes sérotoninergiques) corrélé à : <ul style="list-style-type: none"> • L'agressivité (chez l'animal), • L'impulsivité (chez l'homme) : recherche de sensation, toxicomanies, dépression...
MAO-B (enzyme qui dégrade la dopamine, sérotonine et noradrénaline)	Catécholamines	Activité faible de la MAO (-B) corrélée à : <ul style="list-style-type: none"> • L'impulsivité ou l'agressivité, • Le comportement psychopathique, • L'extraversion
taux et variations de cortisol (hormone)	Sécrétion de cortisol	Faible taux basal et grande variations : introversion et timidité, réponses cardiovasculaires intenses (stress) Il existe un lien entre le système hypothalamo-hypophysaire et le névrotisme, la dépression (manque de cortisol et manque de courage)
taux et variations de cortisol (hormone)	Sécrétion urinaire de cortisol	<ul style="list-style-type: none"> • Taux stable pour les leaders (étude des enfants en crèche) • Taux moins stable pour les dominants agressifs
Testostérone (hormone)	Hormones « masculines »	Haut taux : agressivité + intolérance à la frustration
<ul style="list-style-type: none"> • Noradrénaline (neurotransmetteur) • 3-méthoxy-4-hydroxyphénylglycol : MHPG (métabolite de la noradrénaline) 	Nerveux sympathique	<ul style="list-style-type: none"> • moins de recherche de sensation • neuroticisme
<ul style="list-style-type: none"> • adrénaline (neurotransmetteur) 	Nerveux sympathique	Taux inférieurs : extraversion, agréabilité Taux supérieurs : évitement de la douleur, recherche de nouveauté

<ul style="list-style-type: none"> • densité de récepteurs béta et alpha 2 des cellules sanguines 	Sanguin	Impulsivité
<ul style="list-style-type: none"> • taux de BDNF (protéine) 	Facteurs de croissance	Faible taux et évitement du danger (anxiété)
<ul style="list-style-type: none"> • Calcium (sel minéral), par analyse sanguine 	Libération des neurotransmetteurs	Faible taux et impulsivité
<ul style="list-style-type: none"> • Activité des lymphocytes (ou sommeil de mauvaise qualité) 	Inflammation	Elevée : mauvais score MMPI chez l'adolescent

Tableau XXIX : les biomarqueurs de neurotransmission

Autres observations :

- Postures et variation de testostérone et de cortisol : [159]
La conclusion de l'étude est la suivante : être expressif, prendre de l'espace et prendre des postures dominantes augmente le taux de testostérone et réduit le taux de cortisol.

Emotions et cohérence des biomarqueurs de psychophysiologie

De nombreuses recherches scientifiques ont montré un lien entre l'activité du néocortex, l'activité des systèmes sensorimoteurs et celle des systèmes sympathique et parasympathique. Le fonctionnement des organes (cœur, poumons...) devrait donc aider à déduire le fonctionnement du cerveau (en plus des mesures directement sur le cerveau) et/ou à comprendre l'ensemble, les effets des uns sur les autres chez une personne.

Organe effecteur	Effet parasympathique	Effets sympathique
Pupille	Constriction	Dilatation (α)
Glandes salivaires	Sécrétion aqueuse	Mucus, enzymes (α et β_2)
Coeur	Baisse de la fréquence	Augmentation de la fréquence et de la force de contraction (β_1)
Artérioles et veines	-----	Constriction (α) ou dilatation (β)
Poumons	Bronchoconstriction	Bronchodilatation (β_2)
Système digestif	Motilité et sécrétion augmentées	Motilité et sécrétion diminuée (α et β_2)
Pancréas endocrine	Augmente la sécrétion d'insuline	Baisse la sécrétion d'insuline (α)
Pancréas exocrine	Augmente la sécrétion enzymatique	Diminue la sécrétion enzymatique (α)
Rein	-----	Augmente la sécrétion de rénine (β_1)
Vessie	Favorise la miction	Favorise la rétention urinaire (β_1)
Organes sexuels	Erection	Ejaculation (α)
Utérus	Variable selon la phase du cycle	Variable selon la phase du cycle
Tissu adipeux	-----	Catabolisme lipidique (β)
Glandes sudoripares	-----	Augmente la sudation (α)

Tableau XXX : tableau récapitulatif des effets sympathiques (excitation) et parasympathiques (apaisement).

NB : Au niveau de la médullosurrénale, l'effet sympathique est la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline. Au niveau cérébral, l'effet sympathique est la vigilance.

Les marqueurs principaux en psychophysiologie sont les suivants :

Organe, Tissu	Marqueurs	Interprétation des marqueurs
Cerveau	EEG (électroencéphalographie)	<p>A l'aide des signaux : leur fréquence, amplitude, forme et la position de l'électrode. Plusieurs utilisations peuvent être faites de ces signaux (activités des zones). Par exemple, un algorithme permet de classer ces signaux comme suit : [160]</p> <p>Figure 51 : Le modèle de classification de Russel</p>
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> • Pression artérielle • Débit sanguin • Fréquence cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevée : moins de sensibilité à la douleur physique et aux émotions fortes [161] • Lien entre le névrotisme et le débit faible dans l'hippocampe • Elle augmente avec l'inhibition comportementale
Œil	Pupillométrie	Les pupilles se dilatent quand l'activité cérébrale est importante (intérêt, excitation...) [162]
Muscle	Electromyographie (faciale) [163], [164], [165]	<p>Cette technique permet de deviner les émotions d'une personne à partir de la mesure de la contraction de groupes de muscles faciaux. Elle est aussi intéressante pour connaître la réactivité aux émotions des autres personnes dans un contexte dynamique (soit la capacité à reconnaître les émotions). Cette capacité n'est pas innée, elle s'affine avec l'âge dans l'enfance :</p> <p>Figure 52 : Moyennes et intervalles de confiance à 95% des réactions faciales aux stimuli pour plusieurs muscles, chez les enfants de 4 mois</p>

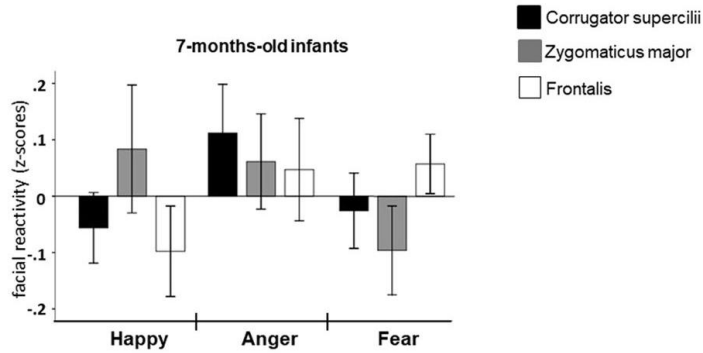
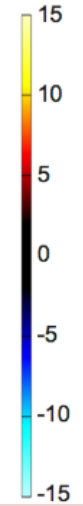
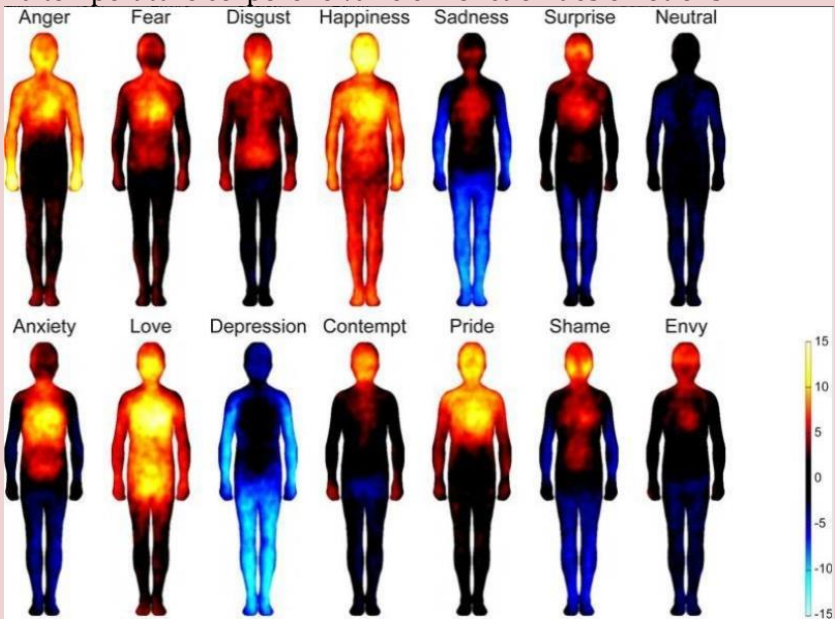
		 <p>7-months-old infants</p> <p>facial reactivity (z-scores)</p> <p>Happy Anger Fear</p> <p>■ Corrugator supercillii ■ Zygomaticus major □ Frontalis</p>
<p>Peau</p> <p>Activité électrodermale</p> <p>Température cutanée</p>  <p>(gradient de température : chaud en jaune-rouge, froid en bleu)</p> <p>[166]</p>		<p>Cette activité augmente avec l'inhibition comportementale</p> <p>La température corporelle varie en fonction des émotions :</p>  <p>Figure 54 : Résultats de l'étude sur la variation de la température corporelle en fonction des humeurs, une étude dirigée par le psychologue de l'université d'Aalto d'Helsinki Lauri Nummenmaa</p>
<p>Poumons</p>	<p>Respiration</p> <p>Consommation en O₂</p> <p>[167]</p>	<p>Une respiration rapide et superficielle peut être liée à de l'anxiété, du stress (respiration bloquée) tandis qu'une respiration ample et lente ira avec la sérénité (moins d'O₂, plus d'acidité).</p>
<p>Glandes salivaires</p>	<p>Salivation</p>	<p>Augmentation avec l'excitation (système sympathique)</p>
<p>Estomac</p>	<p>Motilité gastrique</p>	<p>Variable : selon la personne, la tristesse et la crainte peuvent diminuer la motilité tandis que la colère et l'agressivité peuvent l'accroître. Cependant, une douleur intense dans n'importe quelle partie du corps inhibe la motilité partout dans le tube digestif.</p>

Tableau XXXI : les biomarqueurs en psychophysiologie

Autres marqueurs :

- Temps de réaction : son interprétation est complexe, de nombreux facteurs affectent ce temps :
 - le type de stimulus (ex : le temps de traitement d'un stimulus auditif est deux fois plus rapide que visuel),
 - le nombre de stimulus,
 - l'intensité de ce stimulus,
 - si le stimulus est attendu,
 - la nature du choix à faire à partir du stimulus,
 - l'entraînement de la personne,
 - l'âge (avant 7 ans il y a un déficit d'inhibition qui ne permet pas à l'enfant de changer de stratégie avant de répondre ; chez la personne âgée le temps est plus long),
 - le sexe (les individus masculins sont plus rapides en moyenne mais cet écart tend à se réduire avec le mode de vie actuel),
 - la vision, la concentration, l'intelligence, si la personne est gauchère, la forme physique, si la réaction a lieu lors de l'expiration (plus rapide que pendant l'inspiration), la prise de substances...

En psychologie, le but sera de cibler le plus spécifiquement possible des circuits neuraux avec les stimuli, par exemple le temps de réaction de l'amygdale (soit le temps de réaction émotionnelle) sera recherché. Seront recherchés aussi le niveau de réactivité et la durée de la réaction (par exemple à l'EEG : la personne introvertie réagira plus intensément et plus longtemps mais sera moins rapide pour s'adapter à un changement).

- Motricité : inhibée lors de dépression
- Perception et orientation spatiale

Nouvelle approche :

- le biofeedback : le patient est conscient des signaux corporels (donnés par une machine) et apprend à moduler ses réactions physiologiques (pour un meilleur contrôle).

Les théories :

- Théorie polyvagale : il existe une relation entre le système autonome et les comportements prosociaux ou de défense. L'hypothèse est celle que la flexibilité physiologique est associée au comportement prosocial, la flexibilité physiologique étant mesurée par mesure de la variabilité cardiaque de haute fréquence (mesure de l'arythmie sinusale), par ECG. [168]
- Théorie de motivation et de renforcement social : selon cette théorie la motivation est renforcée ou réprimée par la récompense (positive, neutre, négative). Ce processus est observé dans l'apprentissage chez les rats, par conditionnement. Cette motivation extrinsèque (conditionnement) semble toutefois régulée chez l'homme par une motivation intrinsèque qui est la satisfaction ressentie pendant l'activité et la valorisation du choix par l'individu (qui dépend des informations qu'il a reçu, de ses besoins, qui influencent sa représentation et ses attentes). [169]

- Pour les personnalités pathologiques :
 - La personnalité schizotypique : les hypothèses se basent sur celles pour la schizophrénie, il y aurait une faible suppression cortisolique qui engendrait une hyperactivité de l'axe (test de stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire avec l'injection de dexaméthasone/CRH : rétrocontrôle négatif). [170], [171]
 - La personnalité antisociale : moins de cortisol salivaire en cas de stress social [10]
 - La personnalité borderline : [10]
 - au repos : + de sympathique (- parasympathique),
 - anomalie de la poursuite oculaire (capacité à suivre les mouvements) comme pour la personne schizophrène
 - le trouble du sommeil comme pour la dépression [172], [173]

4.4 Perspectives : vers une approche physiopathologique ?

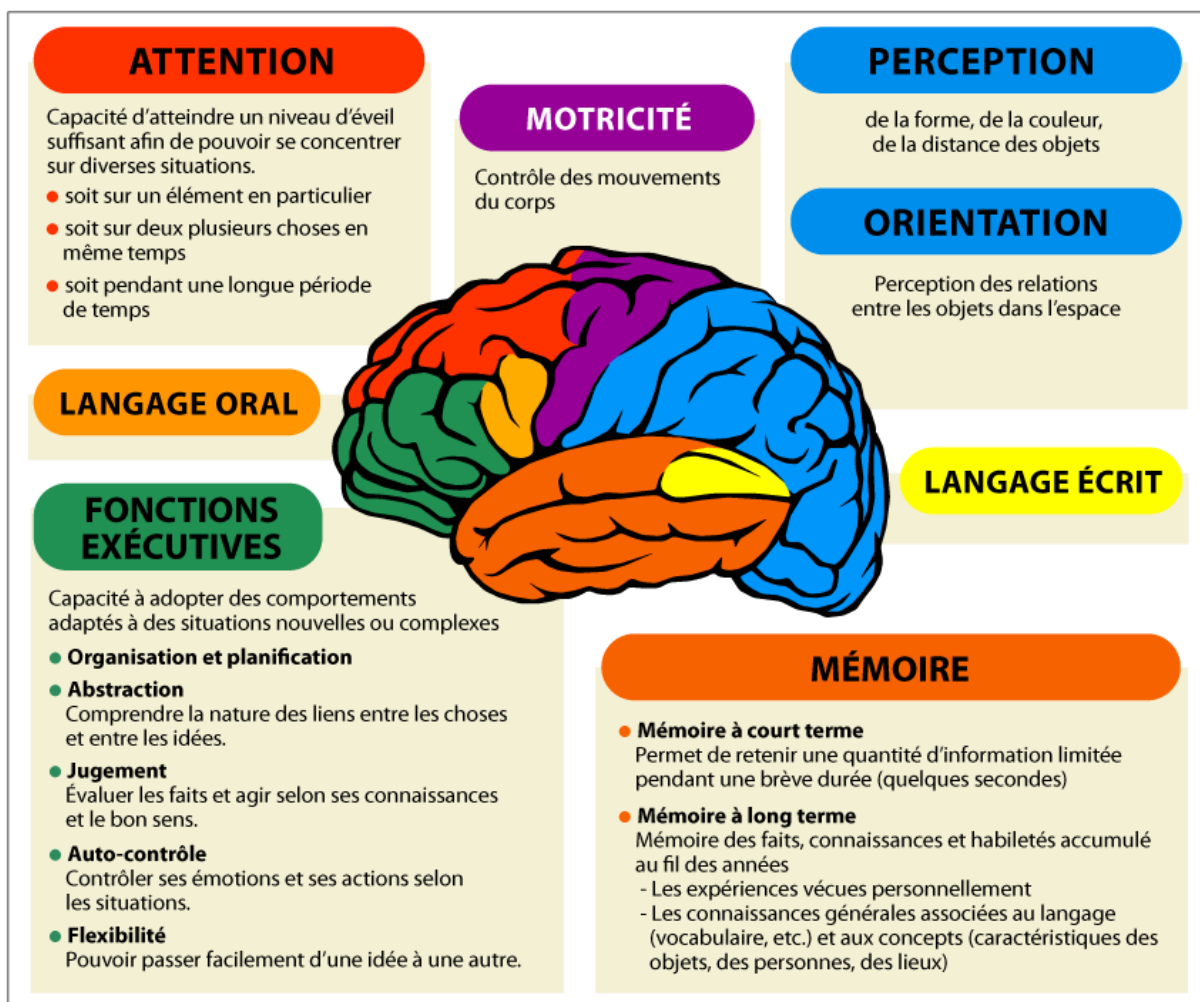
Les progrès sur la biologie de la personnalité ne sont pas encore suffisants pour établir une méthode diagnostique fiable (par analyse génétique, mesure de l'activité des zones cérébrales, des interactions entre zones cérébrales...), avec un logiciel recoupant les informations pour dresser le profil biologique de la personne à l'étude. Aussi, pour l'instant, les scientifiques ne rattachent pas de façon évidente un profil biologique aux personnalités pathologiques de la classification du DSM (ou d'une autre classification clinique), les avancées actuelles le rattacheraient plus aux traits (observables) du Big Five ou aux tempéraments de C.R Cloninger.

Les connaissances sur l'alimentation, le sport, le sommeil et l'environnement peuvent paraître difficile à appliquer dans la pratique (car elles supposent un changement des habitudes du patient) cependant, au vu des études publiées sur le sujet, l'enjeu semble conséquent. Probablement, une diététique et/ou une supplémentation alimentaire pourrait être instaurée, en fonction de ce qui est connu au sujet du patient (ex : trouble de l'humeur et apport de L-tyrosine).

Enfin, la possibilité de collecter et d'interpréter des informations physiologiques (réactivité émotionnelle, régulation des émotions...) donnent espoir pour l'amélioration du traitement de ces patients. La connaissance des émotions et l'aide du virtuel (mises en situation) sera possiblement un plus pour les professionnels.

Apports des neurosciences (complément d'information) :

Les fonctions et les aires cérébrales sont généralement schématisées comme suit :



© GENeP, 2004 Service de psychologie. Autorisation de reproduire

Figure 55 : Schéma simplifié des grandes fonctions du cerveau

L'attention et les fonctions exécutives (cortex frontal) ont beaucoup attiré notre attention pour les troubles de la personnalité ainsi que les structures liées aux émotions (non visibles sur le schéma, elles sont à l'intérieur, derrière le lobe temporal « mémoire » et s'étendent jusqu'un peu plus haut). En réalité, la cartographie est plus complexe et les dernières études des constituants du bien-être nous spécifient des connexions entre les bases neurales : [174]

Constituants du bien être	Bases neurales sous-jacentes
Les émotions positives durables	Le cortex préfrontal et le striatum ventral
La réduction des émotions négatives (résilience)	La connectivité entre le cortex préfrontal et l'amygdale
L'empathie	L'insula antérieure et les régions du cortex cingulaire antérieur
L'altruisme et le comportement prosocial	Le cortex préfrontal et le striatum ventral
Le vagabondage de l'esprit, la pleine conscience et la capture de l'attention par les émotions	Les réseaux par défaut qui peuvent être détectés lorsque l'individu est au repos. Deux zones clés du mode par défaut :

- le cortex préfrontal médian et
 - le precuneus/cortex cingulaire postérieur
- La diminution de l'activité de ces réseaux va avec l'augmentation du vagabondage de l'esprit, de la pleine conscience et la diminution de la capture de l'attention par les émotions.

Tableau XXXII : Bases neurales corrélées aux éléments qui vont de pair avec le bien être

Ces dernières découvertes sont encourageantes car ces circuits neuraux peuvent être transformés par l'entraînement (grande plasticité). Des programmes peuvent produire des changements mesurables dans le cerveau (psychothérapie, méditation ou autres techniques d'entraînement mental). Le fait de pouvoir mesurer l'efficacité de ces programmes permettrait probablement d'affiner nos techniques actuelles.

(NB : Le bien-être psychologique est prédit par l'activation soutenue du striatum ventral et du cortex préfrontal dorsolatéral droit en réaction à des photos agréables ($p < 0,005$), après correction pour les comparaisons multiples. Une activation soutenue dans le striatum ventral et le cortex préfrontal dorsolatéral droit en réaction à des photos agréables est associée à de bas niveaux de cortisol au cours d'une journée).

Parmi les techniques existantes, le neurofeedback (retour par mesure de l'activité par EEG, qui peut être quantitatif) est toujours à l'essai. Les études menées ne permettent pas encore de connaître son efficacité sur les patients avec troubles de la personnalité mais les résultats sont prometteurs (pour le TDAH, l'anxiété...). [175], [176], [177], [178]

Pour conclure sur cette partie, l'amélioration de l'accès aux entraînements mentaux assistés par ordinateur pourrait voir le jour dans les années à venir. Même si les mécanismes ne sont pas pleinement découverts, le fait de savoir qu'une technique fonctionne devrait être suffisant pour en diffuser l'utilisation. De plus, les programmes en ligne pourraient aider la recherche et permettre à terme de cibler le contenu en fonction de la personne suivant le programme.

Grâce aux progrès des neurosciences, la communauté scientifique pourra peut-être expliquer dans les années à venir pourquoi les psychothérapies fonctionnent ou ne fonctionnent pas, avec les bases biologiques qui sous-tendent l'apprentissage. [179]

Egalement, elle saura peut-être expliquer d'autres phénomènes comme l'ASMR (autonomous sensory meridian response). L'ASMR est une sensation distincte, agréable et non sexuelle de picotements ou frissons au niveau du crâne, du cuir chevelu ou des zones périphériques du corps, qui se déclenche en réponse à un stimulus visuel, auditif, olfactif ou cognitif. Des études ont montré une cohérence entre le ressenti des personnes qui se disent sensibles à l'ASMR et la physiologie (diminution de la fréquence cardiaque) pendant la visualisation de vidéos ASMR, ce phénomène ne se produit pas lors des vidéos non ASMR. Cette sensibilité à l'ASMR rendrait les personnes plus calmes et heureuses (University of Sheffield).

L'ASMR ressemble un peu à l'hypnose (traditionnelle, basée sur la suggestion), qui peut donner de bons résultats contre l'anxiété ou pour faire face à un événement phobogène. La différence est dans la mentalisation, tandis qu'elle n'est pas recherchée dans l'ASMR, l'hypnose fait appel à l'imagination, l'hypnotiseur oriente l'attention de l'hypnotisé et cela se passe dans un état de conscience différent, réduisant l'endormissement et augmentant la durée du sommeil réparateur.

L'hypnose, elle-même se rapproche de la méditation, qui, par contre, se pratique seul. La visée est également la relaxation ainsi que l'apaisement du monde intérieur par l'introspection (arrêt du temps, retour à soi, activité mentale d'analyse).

CONCLUSIONS

Malgré les récents progrès sur la compréhension des bases biologiques des maladies psychologiques, les mécanismes ne sont pas encore assez identifiés pour bien orienter la création de nouveaux traitements ni réellement deviner l'efficacité d'un traitement médicamenteux.

Ce manque de connaissance s'accompagne d'un coût assez important pour la société (prix des médicaments inefficaces, des hospitalisations et le coût des maigres résultats car la maladie réduit la productivité des personnes). Ce coût ne s'est pas accompagné d'une augmentation des ressources dans la recherche et développement, elle-même très fragmentée dans ses sujets d'étude. Cette fragmentation rend l'analyse globale complexe, il est assez difficile de connaître et d'évaluer les synergies entre les approches.

Parmi les traitements des troubles de la personnalité, les psychothérapies sont actuellement des plus étudiées et efficaces (études randomisées en physique et par internet). Cependant, il manque encore l'analyse de ces psychothérapies d'un point de vue biochimique, tout comme l'étude des effets cognitifs des médicaments, qui, eux ont été surtout reliés à la biochimie. Autrement dit certaines psychothérapies fonctionnent sans que l'on ne sache précisément pourquoi.

En parallèle, il est encore trop tôt pour connaître et prouver (études cliniques) l'efficacité des nouveaux outils tels que le biofeedback, les casques de réalité virtuelle etc... pour les personnalités pathologiques.

Certaines sciences sont en essor comme l'épigénétique, pour la prévention et le traitement des maladies.

Des recherches ont déjà influencé les axes de recherche, comme le conditionnement (émergence et/ou disparition des peurs transmises par le contexte social), l'addiction (déséquilibre à la fois du système impulsif, qui fait rechercher la consommation et du système de régulation, qui devrait modérer le premier système), la mémoire émotionnelle (les souvenirs façonnent notre identité, les mauvaises expériences enclenchent une adaptation nécessaire à la survie ; dans l'anxiété, ce processus d'adaptation est dévié et persiste en raison de la généralisation d'une peur qui s'exprime alors dans des situations différentes de la situation initiale phobogène, ces situations ne présentent pourtant pas le risque redouté de la situation initiale), le circuit de récompense et les biais émotionnels (dans les troubles psychiatriques, des récompenses aberrantes ou des émotions déplacées sont courantes).

Les axes de recherche dorénavant explorent :

- la levée d'une inhibition (apprise) rendant impossible l'apprentissage de la suppression de la peur
- des traitements pour le système de régulation des impulsions ou compulsions, afin d'assurer un contrôle permettant d'éviter les rechutes et donc de venir compléter le traitement médicamenteux, qui a lui seul comporte beaucoup de risque
- des agents pharmacologiques, booster de réapprentissage émotionnel, dans les sessions d'exposition thérapeutique (ex : cycloserine, cortisol...)
- l'action sur la situation créatrice de peur, pour éviter la consolidation du souvenir (ex : en administrant du propanolol qui inhibe la phosphorylation CREB noradrénaline dépendante dans le cerveau) ainsi le souvenir initial ne doit reprendre le dessus. La prise de propanolol après la réactivation du souvenir pourrait éliminer la trace de peur associée au souvenir (la réponse de l'amygdale, pas l'appréciation du danger).
- Les phénotypes spécifiques de la maladie et des traitements mis en place (ex : thérapie cognitive comportementale), pour connaître l'impact sur les biais émotionnels (réduits par la favorisation des expériences positives)

L'objectif en psychiatrie des troubles de la personnalité sera de personnaliser les traitements car les patients sont hétérogènes dans leur maladie (même quand les symptômes se ressemblent, les causes sont multiples et sont difficiles à clairement identifier), dans leurs comportements et dans leur réponse à un traitement. Certains profils différents peuvent bénéficier avec un même traitement, il serait intéressant de savoir prédire cela (avec les données du patient (biologiques, psychologique et sociales)) pour orienter vers un traitement. Ensuite, l'évaluation rapide de l'efficacité du traitement permettrait d'accélérer la guérison du patient et sa réinsertion dans la société.

L'objectif sera aussi dans l'accès au plus grand nombre via les nouvelles technologies, donner le traitement psychologique par internet permettrait de traiter des malades qui ne viendraient pas en consultation, aussi d'éviter des faux pas du soignant dans son interaction avec le malade (de soigner les personnes sans qu'il ne se produise une rupture d'adhérence), de structurer le contenu et de faire une expérience répétable.

La méthode de diagnostic avec le DSM-5 n'est actuellement pas satisfaisante, une carte neurobiologique serait un bon moyen pour moins de tangibilité et pour pouvoir avoir un seuil de détection plus net entre « normal » et « pathologique ». Les avancées en neurosciences sont attendues pour pouvoir changer de méthode.

L'adhérence au traitement pourrait être renforcée avec des nouvelles techniques telles que l'ABMT (attention bias modification therapy, une thérapie qui tend à réduire les pensées des patients liées à leur condition pour leur permettre d'être attentifs à d'autres choses), qui a de bon résultats cliniques sur l'anxiété.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,

Brigitte VENNAT

Le président du Jury,

Jean-Michel CARDOT

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Filipa Novais, Andreia Araújo and Paula Godinho. *Historical roots of histrionic personality disorder*. Edité par Diogo Telles-correia, University of Lisbon, Portugal. Publié le 25 September 2015. Accessible à l'adresse : doi: 10.3389/fpsyg.2015.01463
- [2] Katie C. Lewis and Elsa Rose Mastico. *Histrionic Personality Disorder*. Austen Riggs Center, Stockbridge, MA, USA and Massachusetts College of Liberal Arts, North Adams, MA, USA. Publié sur Researchgate : Chapter · January 2017. Accessible à l'adresse : DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_590-1
- [3] By Kendra Cherry ; Reviewed by Steven Gans, MD. *The History of Narcissistic Personality Disorder / A Closer Look at the Myth and History Behind Narcissism*. Mis en ligne sur Verywellmind et mis à jour le 10 septembre 2018. Accessible à l'adresse : <https://www.verywellmind.com/the-history-of-narcissistic-personality-disorder-2795569>
- [4] Encyclopédie médicale Medix. *La personnalité paranoïaque*. Accessible à l'adresse : <http://www.medix.free.fr/sim/personnalite---paranoiaque.php>
- [5] Ariane Bilheran. *Psychopathologie de la paranoïa*. armand colin 2016. Collection Regards PSY. Accessible à l'adresse : <https://www.armand-colin.com/psychopathologie-de-la-paranoia-9782200613037>
- [6] J.D. Guelfi. *Les personnalités paranoïaques / Paranoid personality disorder*. La Lettre du Psychiatre • Vol. IX - no 4-5 - juillet-août-septembre-octobre 2013. Accessible à l'adresse : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20074.pdf>
- [7] Assen Jablensky. *Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry*. History of Psychiatry, SAGE Publications, 2007, 18 (3), pp.381-388. Accessible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00570899>
- [8] C. Debabèche ; A. Muselle ; S. Servais ; L. Farcy ; V. Barbier ; C. Laloyaux ; G. Mikolajczak ; M. Deseilles. *Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1659-62 Accessible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-214/Trouble-obsessionnel-compulsif-TOC>
- [9] P. Thomas. *16.10. Personnalité obsessionnelle compulsive*. Manuel de psychiatrie 3ème édition 2017. Chapitre 16 Troubles de la personnalité, coordonné par J.-D. Guelfi. Accessible à l'adresse : www.em-consulte.com/getInfoProduit/471157/extrait/chapitre_471157.pdf
- [10] Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy. *Les personnalités pathologiques*. 2013
- [11] Gregor Hasler, MD; Christopher J. Hopwood, PhD; Gitta A. Jacob, PhD; Laura S. Brändle, MSc; Thomas Schulte-Vels, MD. *Patient-reported outcomes in borderline personality disorder*. Dialogues Clin Neurosci. 2014 Jun; 16(2): 255–266. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140517/>
- [12] Daria Karaklic. *Les Borderlines*. 2012.
- [13] Robert F. Bornstein. *Dependent Personality Disorder*. The Oxford Handbook of Personality Disorders Edited by Thomas A. Widiger. 2012.

Accessible à l'adresse :

<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199735013.001.0001/oxfordhb-b-9780199735013-e-23>

- [14] Mallory Cole Houser ; Southern Illinois University Carbondale. *A HISTORY OF ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER IN THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL ILLNESS AND TREATMENT FROM A REHABILITATION PERSPECTIVE*. Avril 2015.
- [15] Zachary Wheeler, M.A. *treatment of schizoid personality: an analytic psychotherapy handbook*. Publié par Proquest. A clinical dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Psychology. December, 2013. Louis Cozolino, Ph.D. – Dissertation Chairperson.
Accessible à l'adresse :
<https://search.proquest.com/openview/10cb591b9eb8147e5881ffc5bb279e66/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- [16] A. Laguerre, M. Leboyer, F. Schürhoff. *La schizotypie : évolution d'un concept/ The schizotypal personality disorder: Historical origins and current status*. L'Encéphale (2008) 34, 17—22.
Accessible à l'adresse : Doi : 10.1016/j.encep.2007.07.007
- [17] Roger K. Blashfield, JaredW. Keeley, Elizabeth H. Flanagan, and Shannon R. Miles. *The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014.10:25-51.
Accessible à l'adresse : https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=clinpsy
- [18] Jeffrey E.Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar. *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Paru le 27 octobre 2017.
- [19] André Renaud. *À propos du narcissisme. Seconde partie*. La langue vivante de la clinique psychanalytique II ; Volume 20, numéro 2, automne 2011.
- [20] Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. *PID-5-Adult (Full Version)*. American Psychiatric Association. 2013.
- [21] Erika Marie MORLON. *le modèle psychobiologique de cloninger pour évaluer la personnalité du patient douloureux : étude en médecine général*. thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2012.
- [22] Helen Fisher. *Why Him? Why Her?: How To Find And Keep Lasting Love*. 1 février 2011.
- [23] J. Adès. *Schizophrénie et troubles de la personnalité Schizophrenia and personality disorders*. PSY mars 07.indd.
Accessible à l'adresse : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13140.pdf>
- [24] François SCHNEIDER. *La schizophrénie, ses traitements et leur évolution a l'hôpital ravenel de 2000 à 2006*.Thèse présentée et soutenue publiquement le 15 Juillet 2009.
Accessible à l'adresse : docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2009_SCHNEIDER_FRANCOIS.pdf
- [25] Marie-Joelle Roule et Afsaneh Gaillard. *La schizophrénie*. Site de la fédération de recherche sur le cerveau (FRC).
Accessible à l'adresse : <http://www.frcneurodon.org/la-schizophrénie/>
- [26] Service des affections de longue durée et accords conventionnels - HAS. *Guide Affection de longue durée- Schizophrénies*. Juin 2007.
Accessible à l'adresse :

- [27] Nathalie Sarret et Bertrand Welniarz. *Prise en charge pharmacologique des schizophrénies à début précoce et très précoce*. L'Information psychiatrique 2018 ; 94 (6) : 445-50.
- [28] Simon Mccarthy-jones. *Pourquoi il ne faut plus parler de schizophrénie*. The conversation. Publié le 24 Août 2017.
Accessible à l'adresse : <https://theconversation.com/the-concept-of-schizophrenia-is-coming-to-an-end-heres-why-82775>
- [29] Noël Hunter. *Dernière nouvelle! La cause de la schizophrénie a enfin été découverte! (?)*
Publié le 7 avril 2016.
Accessible à l'adresse : <http://www.zinzizine.net/2016/04/derniere-nouvelle-la-cause-de-la-schizophrenie-a-enfin-ete-decouverte.html>
- [30] Camilla de Fazio. *Le rôle inattendu du placenta dans le développement de la schizophrénie*. Sciences et avenir. Le 31/05/2018.
Accessible à l'adresse : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/schizophrenie-le-role-inattendu-du-placenta-dans-le-developpement-de-la-maladie_124420
- [31] APA. *DSM-5*. 2013. Traduction française de: Boyer, J-D. Guelfi. Editeur : ELSEVIER-MASSON.
- [32] Dossier réalisé en collaboration avec Antoine Pelissolo- Inserm. *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)- Vers une meilleure prise en charge*. Mis à jour le 01.04.2012.
Accessible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-obsessionnels-compulsifs-toc>
- [33] Neil A. Rector, Ph.D, Christina Bartha, MSS, Kate Kitchen, MSS, Martin Katzman, M.D, Margaret Richter, M.D. *Le trouble obsessionnel-compulsif Guided'information*. Centre de toxicomanie et de santé mentale (camh).
- [34] ICM (Institut du cerveau et de la moelle épinière). *Les TOC Troubles obsessionnels compulsifs*.
Accessible à l'adresse : <https://icm-institute.org/fr/toc/>
- [35] Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. *The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients*. Am J Psychiatry 2005;162:1911–8.
- [36] Alain Tortosa. Site de l'association d'aide aux personnes avec un « état limite » (AAPEL).
Dernière mise à jour Août 2018.
Accessible à l'adresse : <https://aapel.org/bdp/borderline.html>
- [37] Mlle Chadia SAOUD. *Troubles bipolaires et diabète*. Thèse présentée en 2009.
- [38] Charline D. *La dépression, enfin visible*. Sur le site référence de la dépression état-dépressif.com. Le 13 Septembre 2017.
Accessible à l'adresse : <https://www.etat-depressif.com/observer-depression-imagerie-cerebrale/>
- [39] Image de ketamine research institute.
Accessible à l'adresse : <http://ketamineinstitute.com/ketamine-infusion-treatment/attachment/normal-vs-depressed-brain/>
- [40] Auteur inconnu (du comité éditorial du site neuroplasticité qui est composé uniquement de professionnels de santé). *Neuroplasticité et dépression*. Site neuroplasticité.
Accessible à l'adresse : <https://www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/depression/>
- [41] Vidal-Eurekasanté. *Les médicaments des troubles bipolaires*. Mis à jour le 30 Juin 2017.

Accessible à l'adresse : <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire.html?pb=medicaments>

- [42] Delphine W. *Le jeu de mécanismes moléculaires dans le traitement des troubles bipolaires*. Publié sur le site internet Troubles bipolaires le 18 Mai 2017.
Accessible à l'adresse : <https://www.troubles-bipolaires.com/mecanismes-moleculaires-troubles-bipolaires/>
- [43] Dr Anne Frobert. *Classification et actions cliniques des neuroleptiques antipsychotiques*. Site esculape.
Accessible à l'adresse : http://www.esculape.com/medicament/neuroleptique_classif.html
- [44] Dr Claude Ledoux. *Les antidépresseurs : rappel pharmacologique*. Site ordoscopie.fr . 4 Mars 2018.
Accessible à l'adresse : <http://www.ordoscopie.fr/rappel-pharmacologique-sur-les-antidepresseurs/>
- [45] Bertrand Nalpas- Inserm. *Addictions Du plaisir à la dépendance*. Décembre 2014.
Accessible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- [46] Cours du professeur David Balayssac. *Cibles et mécanismes d'action des substances addictives, neurobiologie de la dépendance*. Le 7 Octobre 2015.
- [47] D Y Sakae, F Marti and al. *The absence of VGLUT3 predisposes to cocaine abuse by increasing dopamine and glutamate signaling in the nucleus accumbens*. Molecular Psychiatry volume20, pages1448–1459 (2015)
Accessible à l'adresse : DOI 10.1038/MP.2015.104
- [48] Diana Yae Sakae. *The Vesicular Glutamate Transporter type three in the nucleus accumbens and the regulation of reward and cocaine intake*. Thèse de doctorat en neurosciences soutenue le 11-04-2014 à Paris 6 , dans le cadre de École doctorale Cerveau, cognition, comportement (Paris).
- [49] Pierre Trifilieff and Diana Martinez. *Imaging addiction: D2 receptors and dopamine signaling in the striatum as biomarkers for impulsivity*. Neuropharmacology. 2014 Jan; 76(0 0): 498–509.
Published online 2013 Jul 10. doi: [10.1016/j.neuropharm.2013.06.031]
- [50] CNRS. *Sevrage tabagique : une mutation génétique impliquée dans la rechute*. Communiqué de presse 3 octobre 2018.
Accessible à l'adresse : http://www2.cnrs.fr/sites/communiqu/fichier/181004_cp_maskos_rechute_nicotine.pdf
- [51] Service des bonnes pratiques professionnelles- HAS. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur – RAPPORT D'ORIENTATION DE LA COMMISSION D'AUDITION*. Mars 2011.
Accessible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf
- [52] Melle Mélanie VOYER. *Dangerosité psychiatrique : l'état de la question Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux*. Thèse présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2008 à Poitiers.
- [53] Ramiro RIERA Simon BABRE, Joëlle BOURQUARD, Françoise THOMAS, Gérard LAURAND, Alain LOPEZ. *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux*- 2006.

- [54] Bruno Gravier. Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires ; Département de Psychiatrie du CHUV. *Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ?*
Accessible à l'adresse : psydoc-
fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/expertise/textesexperts/gravierVD.rtf
- [55] OMS. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Version de décembre 2018.
Accessible au lien : <https://icd.who.int/>
- [56] Cristina Ababei et Thierry trémine. *Les troubles graves de la personnalité : « gravité » psychiatrique, juridique ou sociale ?* L'information psychiatrique 2011/6 (Volume 87).
Accessible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-505.htm>
- [57] Jean-François ALLILAIRE. *Troubles limites et personnalité « border-line » : comment les reconnaître et les traiter ?* Bull. Acad. Natle Méd., 2012, 196, no 7, 1349-1360, séance du 16 octobre 2012
- [58] O Gales, JD Guelfi, F Baylé, P Hardy. *Cours de psychiatrie du CNUP (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE) ; deuxième partie : Maladies et grands syndrômes ; Question 286*. Université d'anger.
Accessible à l'adresse : <http://psyfontevraud.free.fr/cours/286.htm>
- [59] Chantal Cases et Emmanuelle Salines. *Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage*. RFAS No 1-2004.
Accessible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200401-art11.pdf>
- [60] Neptune. forumpsy.net . mis à jour en février 2018.
- [61] Catherine Ha, Elsa Decool, Christine Chan Chee. Santé publique France, Saint-Maurice, France. *mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. analyse en causes multiples des certificats de décès en france, 2000-2013// mortality in people with mental disorders. multiple cause-of-death analysis in france, 2000-2013*. Soumis le 19.06.2017.
- [62] Institut national de santé publique (INSPQ). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES Numéro 11. 2015.
- [63] Pierre Schulz. *Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*. 2016.
- [64] Yann Cornillier. *Le DSM sur la sellette*. Science & Santé. N° 7. MARS - AVRIL 2012.
Accessible à l'adresse : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6996>
- [65] Senat. *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe*. Publié le 13 Novembre 2018.
Accessible à l'adresse <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3282.html#>
- [66] Alain LOPEZ Gaëlle TURAN-PELLETIER .*Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* Publié Novembre 2017 – - N°2017-064R Tomme 1,2 et annexes.
- [67] M.J.Guedj-Bourdiau avec F Carpentier/A. Braitman/E.Gallois. *Urgences Psychiatriques*. Edité par Masson. Publié en 2008 ISBN 978-2-294-05476-1.

- [68] Magali Coldefy Charlène Le Neindre. *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*. LES RAPPORTS DE L'IRDES n° 558 • décembre 2014.
- [69] Efthalia Tsampouri. *Les troubles de la personnalité en médecine générale: une étude qualitative auprès de généralistes d'un secteur* Publié le 7 Février 2017 HAL archives -ouvertes.fr HAL accessible à l'adresse Id: dumas-01459339 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01459339>
- [70] *Troubles de la personnalité et addictions* Publié le 15 Novembre 2016
- [71] Suzane Renaud, *Savoir affronter la dépendance pathologique sans y rester accroché...* M.D., FRCPP, FAPA Publié Le clinicien novembre 2001.
- [72] Christophe ANDRÉ et Patrick LÉGERON. *La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale*. Odile Jacob, 2000.
- [73] Alain Braconnier *ADOLESCENCE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : PROLONGEMENTS, TRANSFORMATIONS, ÉMERGENCES* ; Publié John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique » 2008/1 Volume 84 | pages 51 à 55 ISSN 0020-0204 Article disponible en ligne à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-1-page-51.htm>
- [74] D Fanny-Maude Urfer, psychologue *Les troubles de personnalité à l'adolescence : évaluation, orientation psychothérapique et enjeux familiaux* Publié le 14/11/2018 ; Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/les-troubles-de-personnalite-a-l-adolescence-evaluation-orientation-psychotherapique-et-enjeux-familiaux>
- [75] Dr Sandrine Bonneton (pédopsychiatre, ASM13), Céline Loubières (chargée de mission Psycom) *Troubles chez l'enfant des comportements et l'adolescent* Publié 04/2018 par Psycom adresse www.psycom.org
- [76] Luigi Cancrini. *Enfants blessés dans l'océan borderline récits de voyage et cartes thérapeutiques pour les intervenants*.
Intervention du jeudi 15 Mars 2012. Les Séminaires de Clinique Systémique de l'unité de clinique systémique et psychopathologie relationnelle centre de formation à la thérapie familiale A.S.B.L. liège groupe de contact F.N.R.S. recherche clinique en systémique ULB-ULG-UMH-UCL Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire (C.P.L.U.)
- [77] Benjamin Calvet. Marion PÉricaud. Mathieu Parneix. Magali Bricaud. Benjamin Lavigne. Jean-Pierre Clément ; *Troubles de la personnalité et vieillissement* Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014; 12 (2):209-17
- [78] A Amad, PA Geoffroy, G Vaiva, P Thomas *Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution et prise en charge* Publié le 24 Octobre 2012 en ligne à l'adresse : <http://www.em-consulte.com/produit/ENCEP>
- [79] Philippe Thomas, Cyril Hazif, Thomas Richard, Olivier Peix. *Les troubles du comportement des personnes âgées*. Publié par SOiNS GÉRONTOLOGIE - n° 73 - septembre/octobre 2008.
- [80] Lionel Cailhol, Ludovic Gicquel & Jean-Philippe Raynaud, Edition en français, Traduction : Alexis Revet, Sous la direction de : Jean-Philippe Raynaud, Avec le soutien de la SFPEADA. *Trouble de la personnalité borderline chez l'adolescent*. Publié en 2001 par G A Faris & R M Faris
- [81] *Le TDAH et les troubles concomitants*. Publié en 2004 par Janssen ortho toronto ontario.
- [82] Eric Corbobesse *Difficulté de la prise en charge des comorbidités psychiatriques chez le toxicomane* Publié par L'Information psychiatrique 2005 ; 81 : 445-50
- [83] *Le TDAH et les troubles concomitants chez l'enfant* Publié en 2013 par Janssen Inc.

- [84] Dr. Olivier COTTENCIN Université Paris 5 Hôpital Européen Georges *Pompidou Fortes Comorbidités Psychiatriques ... (Alcool et Comorbidités Psychiatriques)* GRAA MAUBEUGE 29 novembre 2007
- [85] Candide Beaumont FQCRPAT ; Rachel Charbonneau Centre Dollard-Cormier Jean Delisle Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison St-Georges ; André Landry FQCRPAT Jean-Marc Ménard Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec ; Dominique Paquette Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve ; David F. Ross, président du comité Pavillon Foster *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux* Dépôt légal ISBN : 2-921628-06-6 Bibliothèque nationale du Canada Bibliothèque nationale du Québec Novembre 2005
- [86] Paul Moran and Sheilagh Hodgins *The Correlates of Comorbid Antisocial Personality Disorder in Schizophrenia* Publié en 2004 par Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 4, 2004
- [87] Jean-Marc Ménard, Coordonnateur des services professionnels; Domrémy MCQ. *Les troubles concomitants en santé mentale et toxicomania*. Journées annuelles de santé mentale, Montréal, 14-15-16 mai 2012.
- [88] *Les émotions*. Support de cours.
Accessible à l'adresse : <https://unites.uqam.ca/cnc/psy4042/PSY4042emotions200207.pdf>
- [89] Solange Mardaga. *La personnalité comme modulateur de la réactivité émotionnelle : une approche psychophysiologique*.
Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences Psychologiques, 2008 – 2009.
- [90] John M. Oldham, M.D., Chair Glen O. Gabbard, M.D. Marcia K. Goin, M.D., Ph.D. John Gunderson, M.D. Paul Soloff, M.D. David Spiegel, M.D. Michael Stone, M.D. Katharine A. Phillips, M.D. (Consultant)
PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder WORK GROUP ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
Originally published in October 2001. APA Practice Guidelines.
- [91] Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Bruno Aouizerate. *Dépression Mieux la comprendre pour la guérir durablement*. Etude de l'Inserm. Mis à jour en Août 2014.
Accessible au lien : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
- [92] Joel Yager, M.D., Chair Michael J. Devlin, M.D. Katherine A. Halmi, M.D. David B. Herzog, M.D. James E. Mitchell III, M.D. Pauline Powers, M.D. Kathryn J. Zerbe, M.D.
PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition WORK GROUP ON EATING DISORDERS
This practice guideline was approved in December 2005 and published in June 2006.
- [93] Herbert D. Kleber, M.D., Chair Roger D. Weiss, M.D., Vice-Chair Raymond F. Anton Jr., M.D. Tony P. George, M.D. Shelly F. Greenfield, M.D., M.P.H. Thomas R. Kosten, M.D. Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D. Bruce J. Rounsaville, M.D. Eric C. Strain, M.D. Douglas M. Ziedonis, M.D. Grace Hennessy, M.D. (Consultant) Hilary Smith Connery, M.D., Ph.D. (Consultant)
PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Substance Use Disorders Second Edition :This practice guideline was approved in December 2005 and published in August 2006.
A guideline watch, summarizing significant developments in the scientific literature since

publication of this guideline, may be available in the Psychiatric Practice section of the APA web site at www.psych.org.

- [94] Yasser Khazaal, docteur en médecine¹, Grégoire Zimmermann, DEA psychologie², Daniele Fabio Zullino, docteur en médecine³ ; *Dépersonnalisation—Données actuelles* ; Recherche originale ; Publié sur *Can J Psychiatry*, Vol 50, No 2, February 2005
- [95] J.D. Guelfi. *Les personnalités paranoïaques*. Publié dans « La Lettre du Psychiatre », Volume IX – n°4-5 - juillet-août-septembre-octobre 2013.
Accessible à l'adresse : www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20074.pdf
- [96] Salomon Nasielski, T.S.T.A. Psy, Rosières, Belgique. *Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance*. Publié par l'institut français d'analyse transactionnelle à la rubrique « Actualités en analyse transactionnelle » en 2012, référence 2012/4 N° 144, pages 12 à 40.
Accessible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analysetransactionnelle-2012-4-page-12.htm>
- [97] APA Reference Bressert, S. (2017). *Paranoid Personality Disorder Treatment*. Psych Central. Last updated: 17 Dec 2017 ; Last reviewed: By John M. Grohol, Psy.D. on 17 Dec 2017.
Retrieved on October 9, 2018, from <https://psychcentral.com/disorders/paranoid-personality-disorder/treatment>
- [98] Royce Lee, M.D. *Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder*.
Publié sous la référence : *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017 June ; 4(2): 151–165.
Accessible à l'adresse doi:10.1007/s40473-017-0116-7.
- [99] Margot Phaneuf, M.éd, PhD. *Soins infirmiers - Le malade de personnalité paranoïaque*. Publié en Février 2014.
- [100] Margot Phaneuf, M.éd, PhD. *Les soins du sujet de personnalité schizoïde*. Publié en Février 2014.
- [101] The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. *Antisocial Personality Disorder*. Published in 2010, reviewed in 2018. Details on all changes can be seen at <http://www.nice.org.uk/guidance/cg77>
- [102] P. Prada F. Guenot P. Charbon S. Kolly N. Perroud. *Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline*. Publié dans *Rev Med Suisse* 2015.
- [103] Sebastian Euler , Gerhard Dammann , Katrin Endtner , Florian Leihener , Nader A. Perroud , Thomas Reisch , Klaus Schmeck , Daniel Sollberger , Marc Walter , Ueli Kramer. *Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. 2017.
- [104] Glenn M. Callaghan, Caitlin J. Summers, and Michael Weidman. *The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behaviors: A Single-Subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 33, No. 4, Winter 2003.
- [105] Diana Diamond Ph.D. et Frank Yeomans M.D., Ph.D. *Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)*. Référence : *La psychothérapie focalisée sur le transfert* : Québec-New York, 2e partie (1) et Débat : la garde partagée (2) ; Volume 33, numéro 1, printemps 2008.
Accessible à l'adresse URI : id.erudit.org/iderudit/018475ar

- [106] Eve Caligor, M.D., Kenneth N. Levy, Ph.D., Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D. *Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges*. Publié sous la référence : Am J Psychiatry 172:5, May 2015.
Accessible à l'adresse :
<https://pdfs.semanticscholar.org/67fe/c31befabe46ca2cc9c1fe58103444819f41e.pdf>
- [107] Eugénie Lussier. Université de Sherbrooke. *Etude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique*. Thèse présentée à faculté des lettres et sciences humaines comme exigence partielle du doctorat en psychologie avril 2015.
- [108] Cristina Marogna, University of Padova ; Hans Jørgen Sjøgaard, Aarhus University. *A Review of Characteristics and Treatments of the Avoidant Personality Disorder. Could the DBT be an Option?* Publié en juin 2016.
Accessible à l'adresse : DOI: 10.23937/2572-4037.1510013
- [109] Lisa Lampe, Gin S Malhi. *Avoidant personality disorder: current insights*. Publié le 12 Octobre 2018 par dovepress journal Psychology Research and Behavior Management.
- [110] Samantha Gluck. *Dependent Personality Disorder Treatment*. Publié dans healthy place le 12/10/2018.
Accessible à l'adresse : <https://www.healthyplace.com/personality-disorders/dependent-personality-disorder/dependent-personality-disorder-treatment>
- [111] Harvard Mental Health. *Dependent personality disorder*. Published: April, 2007
- [112] Robert F. Bornstein. *Dependent Personality Disorder*. The Oxford Handbook of Personality Disorders . Edited by Thomas A. Widiger.
Print Publication Date: Sep 2012. Online Publication Date: Nov 2012.
Accessible à l'adresse : DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0023
- [113] Susan Chlebowski, M.D ; Robert J. Gregory, M.D. *Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive compulsive disorder ?* American Journal of Psychiatry, Vol.63, No. 3, 2009.
- [114] Bressert, S. (2017). Last updated: 17 Dec 2017 ; Last reviewed: By John M. Grohol, Psy.D. on 17 Dec 2017. *Obsessive-Compulsive Personality Disorder Treatment*. Published on PsychCentral.com. All rights reserved.
Accessible à l'adresse : <https://psychcentral.com/disorders/obsessive-compulsivepersonality-disorder/treatment/>
- [115] Anthony Pinto. *Treatment of Obsessive-Compulsive Personality Disorder* .Publié en juillet 2016.
- [116] Rajesh Alex, Michael Ferriter, Hannah Jones, Conor Duggan, Nick Huband, Simon Gibbon, Birgit A Völlm, Jutta Stoffers, and Klaus Lieb. *Psychological interventions for obsessive-compulsive personality disorder* .The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2010.
- [117] A. ANDREOLI, P. OHLENDORF, A. VENTURINI. *Trouble de la personnalité borderline et médecine d'urgence*. Urgences 2008 ; Chapitre 7.
- [118] Lim, L., Saulsman, L., & Nathan, P. (2005). *Improving Self-Esteem*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.

- [119] Abdul Salam K. P., Manjula M., Paulomi M. Sudhir, Mahendra P. Sharma. *Cognitive Behavior Therapy for Patients with Schizotypal Disorder in an Indian Setting: A Retrospective Review of Clinical Data*. Reprinted from the German Journal of Psychiatry <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de> ; ISSN 1433-1055
- [120] John G. Gunderson, MD, Professor of Psychiatry, Harvard Medical School; Director, Psychosocial and Personality Research, Borderline Personality Disorder Center, McLean Hospital ; Lois Choi-Kain, MD, Assistant Professor of Psychiatry, Harvard Medical School; Medical and Program Director, Gunderson Residence of McLean Hospital; Director, McLean Borderline Personality Disorder Training Institute. *Trouble de la personnalité histrionique-version pour les professionnels de santé*. Manuel MSD.
- [121] Frank Yeomans, Ph.D., Jill C. Delaney et André Renaud. La psychothérapie focalisée sur le transfert. La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York (1) et Windigo I (2) ; Volume 32, numéro 1, printemps 2007.
Accessible à l'adresse URI : id.erudit.org/iderudit/016507ar
<https://doi.org/10.7202/016507ar>
- [122] Tryggve Sagen Inderhaug . Norwegian University of Science and Technology. Graduate thesis. *Challenges in mentalization-based group therapy (mbt-g): a video-based explorative case study*.2013.
- [123] D. Gaudry-Maire P. Ohlendorf Y. Burnand A. Andreoli. *Nouvelles orientations du traitement de la crise suicidaire borderline*. Publié dans la Revue Medicale Suisse en 2009.
- [124] Monique Bessette « *Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client* » Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 2, 2010, p. 87-116.Erudit adresse URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1000555ar>
- [125] Sabine c. Herpertz , Mary Zanarini , Charles s. Schulz , Larry Siever , Klaus Lieb , Hans-Jürgen Möller & WFSBP Task Force on Personality Disorders. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders*. The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8(4): 212_244.
Accessible à l'adresse : ISSN 1562-2975 print/ISSN 1814-1412 online
DOI: 10.1080/15622970701685224
- [126] John G. Gunderson, MD, Professor of Psychiatry, Harvard Medical School; Director, Psychosocial and Personality Research, Borderline Personality Disorder Center, McLean Hospital & Lois Choi-Kain, MD, Assistant Professor of Psychiatry, Harvard Medical School; Medical and Program Director, Gunderson Residence of McLean Hospital; Director, McLean Borderline Personality Disorder Training Institute. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Merck Sharp & Dohme Corp., une filiale de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, États-U.2018.
- [127] Assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses- Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018*. 7 Juillet 2017.
Accessible à l'adresse :
[https://www.google.fr/search?q=R%C3%A9partition+des+d%C3%A9penses+d%E2%80%99assurance+maladie+en+2015+\(source+CNAMTS\)&rlz=1C1CHWA_frFR626FR626&oq=R%C3%A9partition+des+d%C3%A9penses+d%E2%80%99assurance+maladie+en+2015+\(source+CNAMTS\)&aqs=chrome..69i57.859j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.fr/search?q=R%C3%A9partition+des+d%C3%A9penses+d%E2%80%99assurance+maladie+en+2015+(source+CNAMTS)&rlz=1C1CHWA_frFR626FR626&oq=R%C3%A9partition+des+d%C3%A9penses+d%E2%80%99assurance+maladie+en+2015+(source+CNAMTS)&aqs=chrome..69i57.859j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

- [128] DREES. *Les établissements de santé > édition 2016 > DREES_fiche20-Les patients suivis en psychiatrie*.p108-111.
- [129] S. Orhon-Ménard, A. Garcel, I. de Beauchamp, F. Spitz. *Évolution des pratiques de prescription des psychotropes en centre hospitalier psychiatrique : place des neuroleptiques atypiques*. Pharm Clin 2005 ; 24 (1) : 5-10.
- [130] Agence du médicament - Direction des Etudes et de l'Information Pharmaco-Economiques. Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments. *Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*. Juillet 1998.
- [131] Mme Maryvonne BRIOT, Députée. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. 2006.
- [132] Julie MARTIN. *Evolution des prescriptions de benzodiazépines chez les patients âgés hospitalisés en psychiatrie*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2015.
- [133] POMK-UK (Prescribing Observatory for Mental Health-UK) & RC PSYCH (Royal College of Psychiatrists). *Prescribing for people with a personality mental disorder- QIP 12a*.(2012).
- [134] Lawrence Martean, Chris Evans. *Prescribing for personality disorder: qualitative study of interviews with general and forensic consultant psychiatrists*. Psychiatric Bulletin (2014), 38, 116-121, doi: 10.1192/pb.bp.113.044081
- [135] Aude Caria (Coordinatrice, Psycom75), Nathalie Alamowitch (directeur-adjointe, CH Ste-Anne), Fofana Kadiatou (CH Sainte-Anne), Caroline Navion (Juriste, CH Sainte-Anne) et Sophie Arfeuillère (chargée de mission, Psycom75). *Droits des usagers des services de psychiatrie*. Brochure (de 2012) accessible à l'adresse : www.psycom75.org
Autres informations à l'adresse : <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Connaitre-ses-droits>
- [136] La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme (CCDH). *La loi du 2 février 2016 crée de nouveaux droits en faveur des personnes hospitalisées sous contrainte en psychiatrie*. Accessible à l'adresse : https://www.ccdh.fr/La-loi-du-2-fevrier-2016-cree-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-personnes-hospitalisees-sous-contrainte-en-psychiatrie_a422.html
- [137] Département de psychiatrie CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). *Droits des patients*. Accessible à l'adresse : <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/patients-et-familles/droits-des-patients/>
- [138] *Admission en psychiatrie*. Actualisé en novembre 2008. Accessible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_psychiatrie-2.pdf
- [139] Le médiateur de la république- pôle santé sécurité soin. *Droit et psychiatrie hospitalisation sans consentement des malades psychiatriques*. Accessible à l'adresse : sjd.arhm.fr/content/download/1418/10389/version/1/file
- [140] La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme (CCDH). *Les soins psychiatriques sous contrainte en France*. Guide pratique de 2012.
- [141] ADESM-SHAM-CH-STE-ANNE. *Guide-Psychiatrique-des-soins-sans-consentement*. Décembre 2013.

- [142] Unafam, Janssen. *Entourage des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement*
Ce que vous devez savoir sur votre statut et les conséquences de la réforme du 5 juillet 2011.
L'Entreprise Médicale 2011.
Autre : <http://www.unafam94.org/SoinsSConsentements.htm>
- [143] APHP-Direction des affaires juridiques. *Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte*. Fiche établie en mars 2012.
Accessible à l'adresse : http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Droits_des_personnes_faisant_l_objet_de_soins_psy.pdf
- [144] SHAM Prévention. *Réforme de la psychiatrie : Droits des patients*.
Accessible à l'adresse : <http://prevention.sham.fr/sham/layout/set/print/Droit-Pratiques/Dossier/5-Reforme-de-la-psychiatrie-Droits-des-patients>
- [145] Vincent Ricouveau (Professeur de droit -Vietnam - Directeur-fondateur de la Clinique Francophone du Droit au Vietnam-Titulaire du CAPA - Expert en formation pour Avocats Sans Frontières -Titulaire du DU de Psychiatrie (Paris 5), du DU de Traumatismes Crâniens des enfants et des adolescents (Paris 6), du DU d'évaluation des traumatisés crâniens, (Versailles) et du DU de prise en charge des urgences médico-chirurgicales (Paris 5)).*Droit de la psychiatrie : la contention et l'isolement du patient*
- [146] Le site du CNLE. *1994-1995 : La réorganisation des soins aux détenus*.
Accessible à l'adresse : <https://www.cnle.gouv.fr/1994-1995-la-reorganisation-des.html>
- [147] Sophie Guigue. *L'approche juridique du trouble mental*. Thèse de droit privé, section 01, présentée le 6 décembre 2011.
Accessible à l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01310366>
- [148] Pierre Schulz. *Psychiatrie et neurosciences*. Collection Psychopharmacologie clinique. Edition De Boeck. 2012.
- [149] Andréas Wilmes. *Le concept de psychopathie est-il cohérent ? bases cérébrales et responsabilité morale*. Editions Matériologiques | « PSN ». 2014/1 Volume 12 | pages 31 à 49. ISSN 1639-8319
Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-psn-2014-1-page-31.htm>
- [150] *Chapitre 02 : médicaments de l'axe hypothalamo-hypophysaire*. UCL-Bruxelles, Belgique. 2013.
Accessible au lien : http://www.farm.ucl.ac.be/FARM2129/Jonas/02_medicaments_du_systeme_endocrine_axe_hypothalamo_hypophysaire.pdf
- [151] Christian Kandler, Universität Bremen & Wiebke Bleidorn, Tilburg University. *Personality Differences and Development: Genetic and Environmental Contributions*.
April 2015.
- [152] Sanofi. *Atténuer les effets du stress sur l'organisme et l'esprit*. Article du 3 Septembre 2018.
Accessible à l'adresse : <https://mediaroom.sanofi.com/fr/articles/2018/attenuer-les-effets-du-stress-sur-l-organisme/>
Sanofi. *Les 3 familles d'aliments à consommer pour mieux dormir*. 2017
Accessible à l'adresse : <https://www.teamdenuit.fr/e-magazine/tops-listes/les-3-familles-d-aliments-a-consommer-pour-bien-dormir>

- [153] Dr Eric braverman. *UN CERVEAU À 100% -Rééquilibrez la chimie de votre cerveau*. Editions Thierry Souccar. Décembre 2007.
- [154] Chiara Cirelli. *The sleeping brain*. Cerebrum. 2017 May-Jun; 2017: cer-07-17.
- [155] Ian M. Colrain. *Alcohol and the sleeping brain*. Handb Clin Neurol. 2014 ; 125: 415–431. doi:10.1016/B978-0-444-62619-6.00024-0.
- [156] Rapport ANSM. *Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France*. Avril 2017.
- [157] Doris Susanne Konrad-Bindl, Ursula Gresser, Barbara Maria Richartz, Department of Internal Medicine, University of Munich, Munich ; Clinic der Jägerwinkel, Bad Wiessee, Germany. *Changes in behavior as side effects in methylphenidate treatment: review of the literature*. Octobre 2016.
- [158] Samira Daniali¹, Arezo Nahavandi*^{1, 2, 4}, Zahra Madjd³, Ali Shahbazi^{1, 2, 4}, Somayeh Niknazar¹ and Delavar Shahbazzadeh⁵
1Dept. of Physiology, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran;
2Physiology Research Center, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran;
3Oncopathology Research Center and Dept. of Pathology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4Cellular and Molecular Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
5Biotechnology Research Center, Dept. of Medical Biotechnology, Venom and Toxin Unit, Pasteur Institute of Iran, Tehran, Iran.
Chronic Ritalin Administration during Adulthood Increases Serotonin Pool in Rat Medial Frontal Cortex. Iranian Biomedical Journal 17 (3): 134-139 (July 2013).
 DOI: 10.6091/ibj.1173.2013
- [159] Dana R. Carney, Amy J.C. Cuddy, Andy J. Yap. *Power Posing: Brief Nonverbal Displays Affect Neuroendocrine Levels and Risk Tolerance*. First Published September 20, 2010.
 Research Article <https://doi.org/10.1177/0956797610383437>
- [160] Roberto Munoz^{1,2}, Rodrigo Olivares^{1,2}, Carla Taramasco¹, Rodolfo Villarroel², Ricardo Soto², Thiago S. Barcelos³, Erick Merino¹ and María Francisca Alonso-Sánchez⁴
1Escuela de Ingeniería Civil Informática, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
2Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile
3Instituto Federal de Educac, ~ao, Ci^encia e Tecnologia de S~ao Paulo, Brazil
4Centro de Investigaci' on del Desarrollo en Cognici' on y Lenguaje, Universidad de Valpara' iso, Valpara' iso, Chile
 Research Article : *Using Black Hole Algorithm to Improve EEG-Based Emotion Recognition*.
- [161] Pury CL1, McCubbin JA, Helfer SG, Galloway C, McMullen LJ. *Elevated resting blood pressure and dampened emotional response*. Psychosom Med. 2004 Jul-Aug;66(4):583-7.
- [162] Anaïs LEMERCIER. *Développement de la pupillométrie pour la mesure objective des émotions dans le contexte de la consommation alimentaire*. Thèse de doctorat (discipline : psychologie cognitive) présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2014.
- [163] Jakob Kaiser, Maria Magdalena Crespo-Llado, Chiara Turati & Elena Geangu. *The development of spontaneous facial responses to others' emotions in infancy: An EMG study*. Article Published: 13 December 2017. Scientific Reports volume 7, Article number: 17500 (2017).

- [164] Marie-Amélie Guilbault. *L'identification par électromyographie faciale des émotions lors du visionnement d'un prestataire de service en milieu médicale et son rôle dans l'évaluation de la qualité du service rendu*. Mémoire présenté en Mars 2006 (en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences, HEC Montréal).
- [165] Janina Ku" necke1*, Andrea Hildebrandt1, Guillermo Recio1,2, Werner Sommer1, Oliver Wilhelm2
 1 Department of Psychology, Humboldt Universita" t zu Berlin, Berlin, Germany, 2 Department of Psychology, University Ulm, Ulm, Germany
Facial EMG Responses to Emotional Expressions Are Related to Emotion Perception Ability.
 Editor: Marcus Gray, The University of Queensland, Australia. Received August 20, 2013;
 Accepted November 11, 2013; Published January 28, 2014.
- [166] Lauri Nummenmaa^{a,b,c,1}, Enrico Glereana, Riitta Harib,¹, and Jari K. Hietanen^d
^a Department of Biomedical Engineering and Computational Science and
^b Brain Research Unit, O. V. Lounasmaa Laboratory, School of Science, Aalto University, FI-00076, Espoo, Finland;
^c Turku PET Centre, University of Turku, FI-20521, Turku, Finland; and
^d Human Information Processing Laboratory, School of Social Sciences and Humanities, University of Tampere, FI-33014, Tampere, Finland
Bodily maps of emotions. 646–651 | PNAS | January 14, 2014 | vol. 111 | no. 2. Accessible au lien : <https://www.pnas.org/content/pnas/111/2/646.full.pdf>
- [167] DIANA Frédérique. *Incidence de la respiration sur les émotions dans la méthode Mézières*. AMIK PROMOTION 2010-2012.
- [168] Brice BEFFARA. *Variabilité cardiaque de haute fréquence et comportements Prosociaux- Approche causale de la théorie polyvagale*. Thèse soutenue publiquement le 12 décembre 2016 (Spécialités : Sciences cognitives, Psychologie et Neurocognition, et Sciences Psychologiques et de l'Éducation).
- [169] Nolwenn Quoniam, Catherine Bungener. Institut de psychologie, Université René Descartes, Paris V. *Les théories psychologiques de la motivation* Volume 2, numéro 1, Mars 2004.
- [170] Nathalie Coulon. *Liens entre troubles du spectre autistique et schizophrénies précoces ?* Thèse de neurosciences présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2015, à Paris Faculté des Saints-Pères.
- [171] Olivier Bonnot. *Etude du stress psychosocial, physique et nociceptif dans les schizophrénies a début précoce et l'autisme*. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2007.
 Accessible au lien : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00809618>
- [172] Wei Cheng, PhD; Edmund T. Rolls, DPhil, DSc; Hongtao Ruan, MSc; Jianfeng Feng, PhD.
Functional Connectivities in the Brain That Mediate the Association Between Depressive Problems and Sleep Quality. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1941
 Published online July 25, 2018.
- [173] Wei Cheng,^{1,2,*} Edmund T. Rolls,^{3,4,*} Jiang Qiu,^{5,6,*} Wei Liu,^{5,6,*} Yanqing Tang,^{7,*} Chu-Chung Huang,^{8,*} XinFa Wang,^{9,10,11,*} Jie Zhang,^{1,2} Wei Lin,^{1,2} Lirong Zheng,^{12,13} JunCai Pu,^{9,10,11} Shih-Jen Tsai,¹⁴ Albert C. Yang,^{8,14} Ching-Po Lin,⁸ Fei Wang,⁷ Peng Xie^{9,10,11} and Jianfeng Feng^{1,2,3,15,16}
 1 School of Mathematical Sciences and Centre for Computational Systems Biology, Fudan University, Shanghai, 200433, PR China

Institute of Science and Technology for Brain-Inspired Intelligence, Fudan University, Shanghai 200433, PR China

2 Department of Computer Science, University of Warwick, Coventry CV4 7AL, UK

3 Oxford Centre for Computational Neuroscience, Oxford, UK

4 Key Laboratory of Cognition and Personality (SWU), Ministry of Education, Chongqing, China

5 Department of Psychology, Southwest University, Chongqing, China

6 Department of Psychiatry, The First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning, PR China

7 Institute of Neuroscience, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

8 Institute of Neuroscience, Chongqing Medical University, Chongqing, China

9 Chongqing Key Laboratory of Neurobiology, Chongqing, China

10 Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400016, PR China

11 School of Information Science and Engineering, Fudan University, Shanghai, China

12 KTH - Royal Institute of Technology, Sweden

13 Department of Psychiatry, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan

14 School of Mathematical Sciences, School of Life Science and the Collaborative Innovation

15 Center for Brain Science, Fudan University, Shanghai, 200433, PR China

16 School of Life Sciences, Fudan University, Shanghai, 200433, PR China

Medial reward and lateral non-reward orbitofrontal cortex circuits change in opposite directions in depression. BRAIN 2016: 139; 3296–3309. doi:10.1093/brain/aww255

[174] Richard J. Davidson et Brianna S. Schuyler. *Neuroscience du bonheur*. LE BONHEUR 3.0 - Volume 38, numéro 1, 2017. Revue québécoise de psychologie.
URI : id.erudit.org/iderudit/1040069ar
<https://doi.org/10.7202/1040069ar>

[175] Sandra Fielenbach^{1, 2}, Franc C. L. Donkers³, Marinus Spreen¹, Harmke A. Visser¹ and Stefan Bogaerts^{2, 4}
1 FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen, Netherlands,
2 Tilburg University, Tilburg, Netherlands,
3 Maastricht University, Maastricht, Netherlands,
4 FPC De Kijvelanden, Poortugaal, Netherlands
Neurofeedback Training for Psychiatric Disorders Associated with Criminal Offending: A Review.
Frontiers in psychiatrie ; Review published: 25 January 2018
doi: 10.3389/fpsy.2017.00313

[176] Valdenilson Ribeiro Ribas¹, Renata Guerra Ribas², Jean de Almeida Nóbrega³, Marcília Vieira da Nóbrega³, Juliana Azevedo de Andrade Espécie⁴, Murilo Tolêdo Calafange⁴, Clenes de Oliveira Mendes Calafange⁴, Hugo André de Lima Martins¹
1 Universidade Federal de Pernambuco Ringgold Standard Institution – Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Recife, PE, Brazil.
2 Cérebro e Tecnologia Neurofeedback Recife (CTNR) – Cursos/Pesquisas, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brazil.
3 Universidade Federal de Campina Grande Ringgold Standard Institution – Electronic Engineering, Campina Grande, PB, Brazil.

4 Universidade Federal de Pernambuco Ringgold Standard Institution – Psychology, Recife, PE, Brazil.

Pattern of anxiety, insecurity, fear, panic and/or phobia observed by quantitative electroencephalography (QEEG). *Dement Neuropsychol* 2018 September;12(3):264-271.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030007>

- [177] Bettina Sorger, ^{a,b} Tabea Kamp, ^{a,b} Nikolaus Weiskopf, ^{c,d} Judith Caroline Peters ^{a,b,e} and Rainer Goebel ^{a,b,e}

a Department of Cognitive Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

b Maastricht Brain Imaging Center (M-BIC), Maastricht, The Netherlands

c Department of Neurophysics, Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, Leipzig, Germany

d Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, UCL Institute of Neurology, University College London, London, United Kingdom

e Department of Neuroimaging and Neuromodeling, Netherlands Institute for Neuroscience, An institute of the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (KNAW), Amsterdam, The Netherlands

When the Brain Takes 'BOLD' Steps: Real-Time fMRI Neurofeedback Can Further Enhance the Ability to Gradually Self-regulate Regional Brain Activation. B. Sorger et al. / *Neuroscience* 378 (2018) 71–88.

- [178] Valentina Lorenzetti ^{1,2,3}, Bruno Melo ^{4,5}, Rodrigo Basílio ⁴, Chao Suo ³, Murat Yücel ³, Carlos J. Tierra-Criollo ⁵ and Jorge Moll ⁴

1 School of Psychology, Faculty of Health Sciences, Australian Catholic University, Melbourne, VIC, Australia,

2 Department of Psychological Sciences, Institute of Psychology Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom,

3 Brain and Mental Health Laboratory, School of Psychological Sciences and Monash Institute of Cognitive and Clinical

4 Neurosciences, Monash University, Melbourne, VIC, Australia,

5 D'Or Institute for Research and Education, IDOR, Rio de Janeiro, Brazil,

Biomedical Engineering Program, COPPE, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Emotion Regulation Using Virtual Environments and Real-Time fMRI Neurofeedback. Original research published: 24 July 2018.

doi: 10.3389/fneur.2018.00390

- [179] Guy M. Goodwin, ^a Emily A. Holmes, ^b Erik Andersson, ^b Michael Browning, ^a Andrew Jones, ^c Johanna Lass-Hennemann, ^d Kristoffer NT Månsson, ^{e,k} Carolin Moessnang, ^f Elske Salemink, ^g Alvaro Sanchez, ^h Linda van Zutphen, ⁱ and Renée M. Visser

a University Department of Psychiatry, University of Oxford and Oxford Health NHS Trust, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

b Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, SE-171 77 Stockholm, Sweden

c Psychological Sciences, University of Liverpool, Bedford St South, Liverpool L697ZA, UK

d Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Psychology, Saarland University, D- 66123 Saarbrücken, Germany

e Department of Psychology, Stockholm University, SE-106 91, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, SE-171 77 Stockholm, Sweden

f Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim/Heidelberg University, J5, 68159 Mannheim, Germany

g Department of Psychology, University of Amsterdam, Nieuwe Achtergracht 129B, Amsterdam, the Netherlands

h Ghent University, Department of Experimental Clinical and Health Psychology, Henri Dunantlaan 2, B-9000 Ghent, Belgium

i Department of Clinical Psychological Science, Faculty of Psychology and Neuroscience, Universiteitssingel 40; 6229 ER, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands

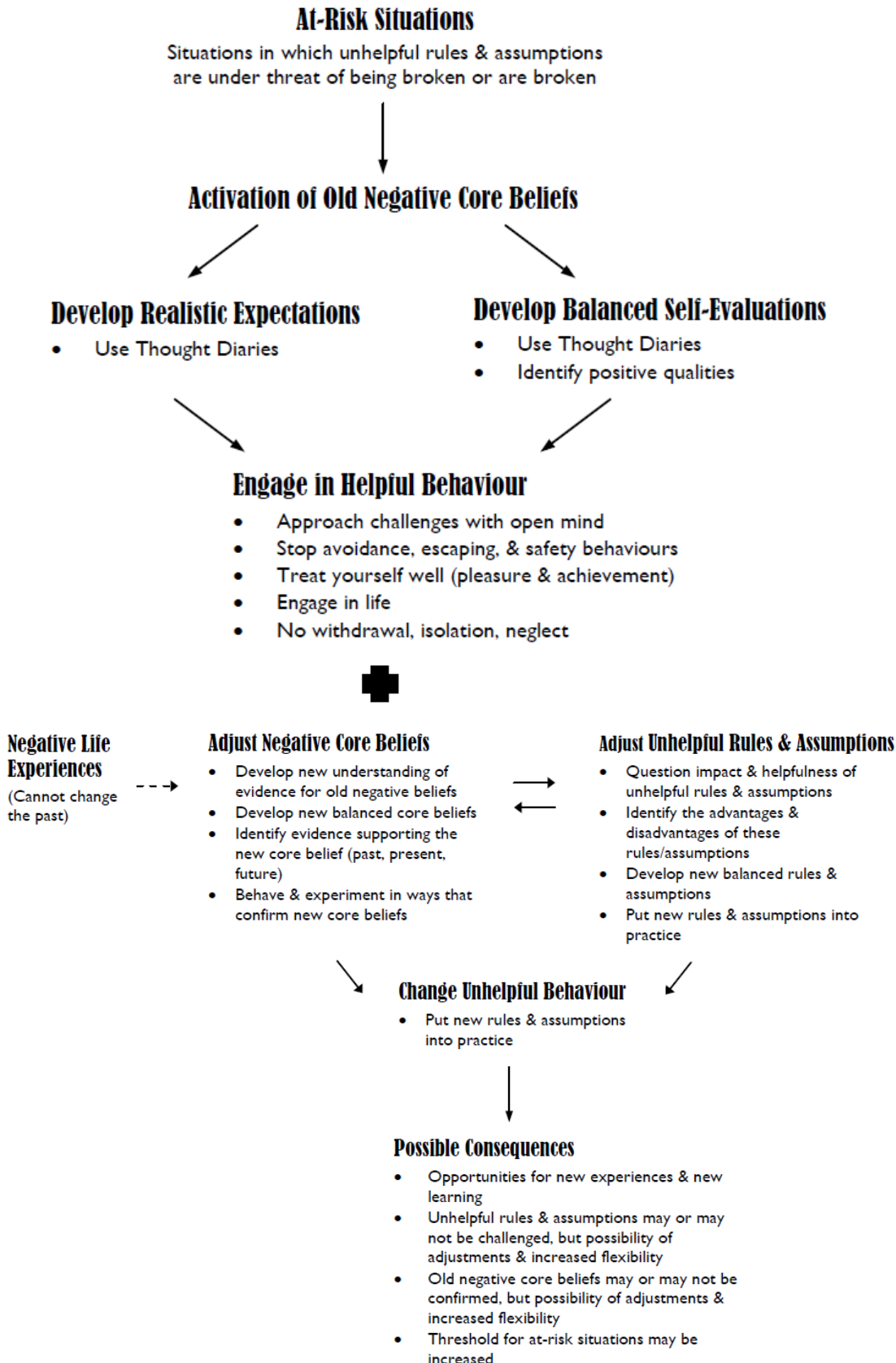
j Medical Research Council Cognition & Brain Sciences Unit, University of Cambridge, 15 Chaucer Road, Cambridge CB2 7EF, UK

k Department of Psychology, Uppsala University, SE-75105, Uppsala, Sweden

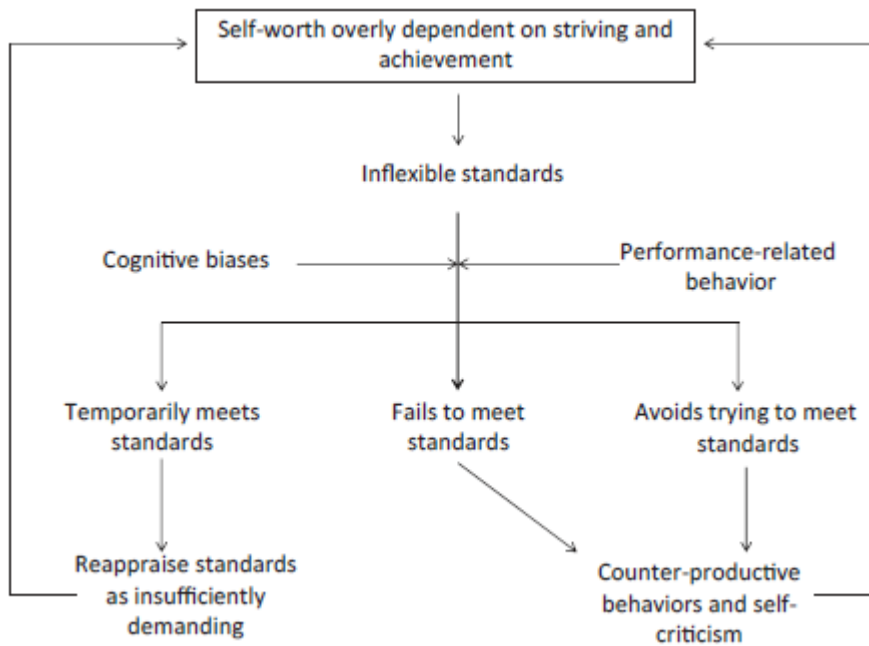
From neuroscience to evidence based psychological treatments – The promise and the challenge, ECNP March 2016, Nice, France. Eur Neuropsychopharmacol. 2018 Feb; 28(2): 317–333.

doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.10.036

Annexe I : Modèle de développement d'une estime de soi saine (vo anglaise)

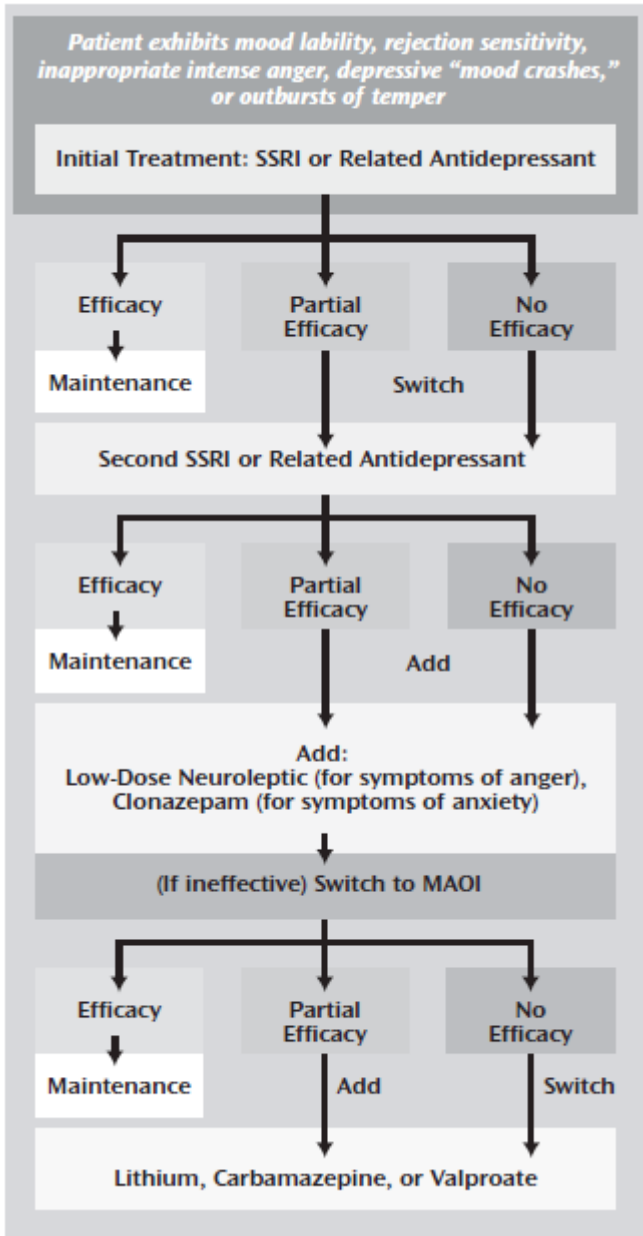


Annexe II : un exemple de schéma de pensée pathologique, chez la personnalité obsessionnelle compulsive (vo anglaise) :

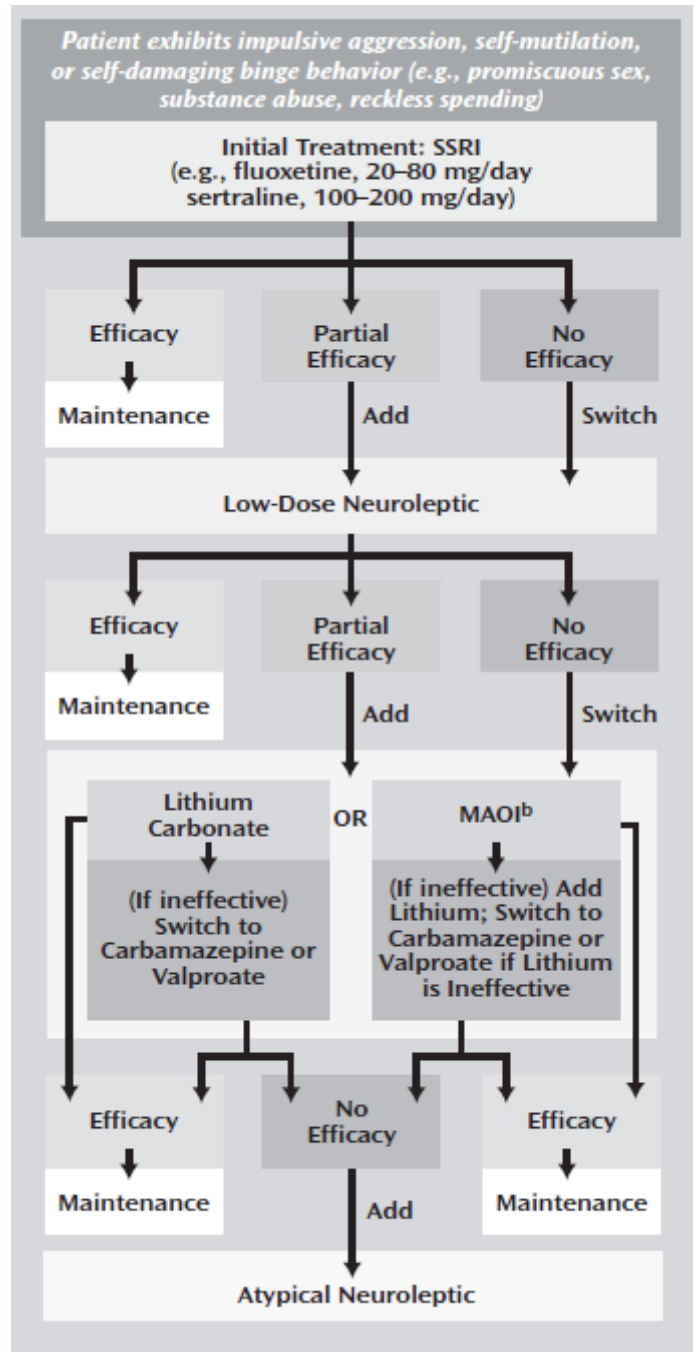


Annexe III : algorithmes pour le traitement médicamenteux des personnalités borderline

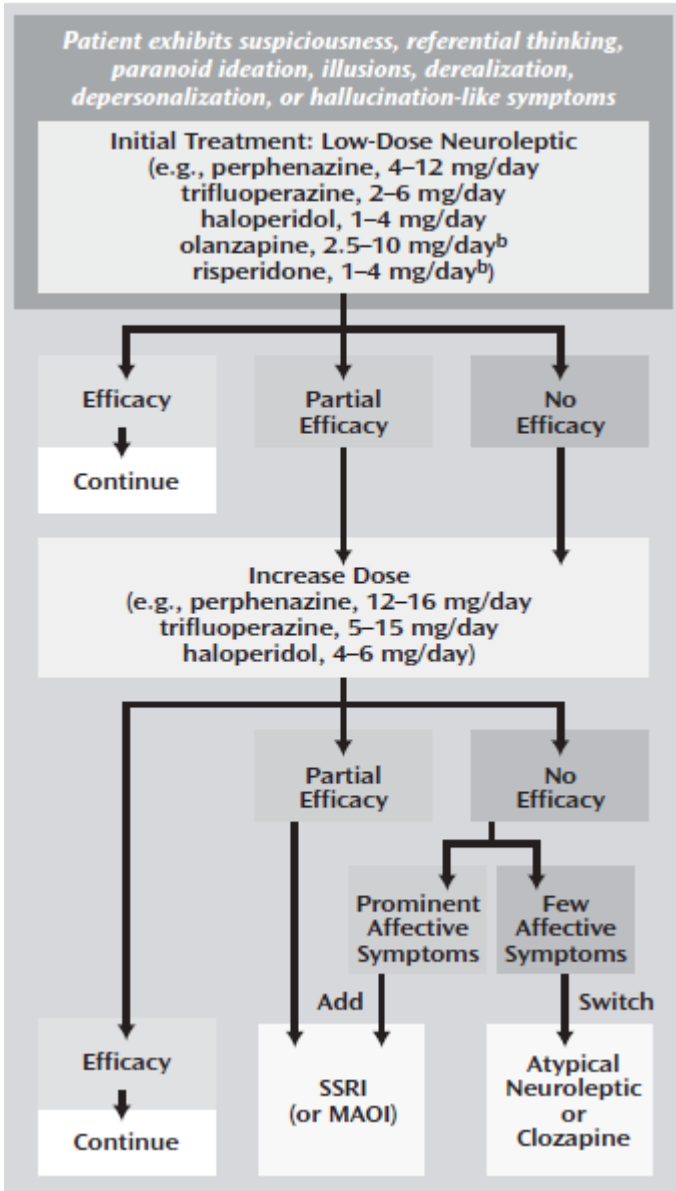
Troubles de l'humeur :



Impulsivité :



Troubles cognitifs-perceptifs :



Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement :
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement :
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Résumé :

Les troubles de la personnalité sont assez fréquents dans la population générale. Les traitements aujourd'hui ne sont pas encore satisfaisants. La recherche se poursuit au niveau clinique, neurobiologique et psychothérapique pour la compréhension et prise en charge des troubles. Des avancées ont vu le jour pour les pathologies psychiatriques régulièrement concomitantes avec ces troubles (TDAH, dépression, troubles bipolaires, addictions, schizophrénie...). L'expérience des soignants leur donne un peu de recul pour les choix de traitement de ces personnalités, cependant sans transcendance. Le système de soin s'est adapté aux besoins (ambulatoire, hospitalisation partielle, complète, population carcérale) mais il manque de moyen et le choix des structures qui permettront la réinsertion sociale d'un patient n'est pas toujours évident. Contrairement aux autres domaines médicaux, la psychiatrie repose encore pour le diagnostic sur des observations cliniques sans confirmation biologique. Beaucoup est attendu de l'aboutissement des recherches en neurosciences qui ont commencé à investiguer sur les mécanismes cérébraux de l'affection, l'impulsivité, l'apprentissage... qui pourraient éclairer les médecins à la fois sur le diagnostic et sur la pertinence des traitements (épigénétique, nutrition, psychothérapies...). Est attendue également la suite des recherches en génétique pour connaître la corrélation des troubles avec le tempérament, l'interaction entre ce dernier avec le caractère n'étant pas assez nette pour savoir comment émergent le/les comportement(s) inadapté(s) à la société. Enfin, sont recherchées la simplicité d'accès au traitement (via les technologies...), la personnalisation des traitements, l'évaluation des progrès (ex : feedback physiologique).

Pour conclure, les premiers résultats de la recherche sont assez encourageants, bien qu'ils soient aussi complexes que divers et, outre une meilleure connaissance, sont espérés des débouchés thérapeutiques.

Mot-clés :

- troubles de la personnalité
- psychiatrie
- santé mentale
- soins psychologiques
- comportement pathologique
- droit des malades
- épidémiologie
- neurosciences