

**INTERACTION ENTRE LES TROUBLES DE
LA PERSONNALITÉ ET LA TOXICOMANIE**

Stéphane Racine, M.Ps.¹

Louise Nadeau, Ph.D.²

¹ Candidat au doctorat, Département de psychologie,
Université de Montréal.

² Professeur, Département de psychologie,
Université de Montréal et Chercheur principal,
Recherche et Intervention sur les Substances
psychoactives - Québec (RISQ)

Septembre 1995

Ce texte fut produit grâce au soutien financier du fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR #95NC1086) accordé à Louise Nadeau et a bénéficié d'une subvention d'équipe en toxicomanie du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition:

Louise Guyon

collaboration à l'édition:

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au:

RISQ

950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec) H2M 2E8

téléphone : (514) 385-0046

télécopieur : (514) 385-5728

Courriel : risq@cdc.centresjeunesse.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement aux auteurs :

Stéphane Racine

Louise Nadeau

Téléphone (514) 385-0046

AVANT-PROPOS

Cette publication sur *L'interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie* a été produite dans le cadre des travaux du RISQ. Elle fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ : chercheurs principaux, chercheurs associés, collaborateurs, agents de recherche, étudiants et stagiaires. Chaque texte est soumis à l'approbation de lecteurs choisis parmi les membres de l'équipe ou de la communauté scientifique. Les auteurs tiennent à remercier messieurs Michel Landry et Guy Carle pour leurs conseils judicieux. Il importe de souligner le travail de mise en page de madame Marcelle Demers.

LA PUBLICATION *interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie* aborde l'étude de l'interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie dans les cas de comorbidité. La problématique de la comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie constitue une question d'un intérêt particulier puisque les troubles de la personnalité sont fréquemment présents dans le profil de sujets ayant également un diagnostic de trouble lié à une substance psychoactive. Les troubles de la personnalité sont définis selon la conception de l'American Psychiatric Association et les caractéristiques spécifiques à la classification et à l'évaluation de ces troubles sont discutées. Trois positions sont défendues dans la documentation au sujet du lien unissant les troubles de la personnalités et la toxicomanie : la première stipule que les troubles de la personnalité entraînent le développement de la toxicomanie; la deuxième perçoit les troubles de la personnalité comme une conséquence de la toxicomanie; la troisième position ne reconnaît pas de lien étiologique entre ces deux types de troubles mais suggère un développement parallèle ou la présence d'un facteur étiologique commun. Les auteurs recommandent une acceptation sélective de ces positions puisque chacune sera appropriée dans certains cas alors qu'elle ne le sera pas dans d'autres. Il s'agit de déterminer, cas par cas, quels liens semblent se tisser pour un sujet cible. La documentation nous indique certaines questions qui peuvent aider à l'identification de ces liens. Quand la toxicomanie est-elle apparue dans le développement du sujet? Quel est le rôle de la consommation dans la vie du sujet? Est-ce que la consommation s'inscrit à l'intérieur des normes sociales du milieu d'identification de l'individu? Finalement, plusieurs auteurs recommandent qu'une intervention spécifiquement axée sur la toxicomanie se fasse dès qu'un tel trouble est

identifié, peu importe la nature du lien étiologique à l'oeuvre. Une meilleure coordination des programmes axés vers le traitement de l'un ou l'autre de ces troubles ne peut être qu'encouragée car le traitement de la toxicomanie ne peut être suffisant pour éliminer la présence d'un trouble de la personnalité concomitant, et vice versa.

LE RISQ

Le RISQ est une équipe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créée en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, l'équipe s'est donnée comme objectif central de :

"préparer les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes à intervenir plus efficacement auprès de leur clientèle. Les résultats qui en seront issus pourront également être utiles à des fins de prévention et de planification."

Le programme de recherche du RISQ s'actualise à travers cinq axes principaux qui prévoient :

établir le profil biopsychosocial de la clientèle des centres de réadaptation en le comparant à celui de la population générale;

identifier les facteurs (de vulnérabilité ou de protection) et les conduites associées susceptibles d'influencer le processus de réadaptation;

évaluer l'importance relative des divers déterminants du processus de réadaptation;

élaborer un cadre conceptuel sur les conditions qui favorisent l'augmentation et la réduction de la consommation de substances psychoactives et des problèmes qui y sont associés;

développer et valider des instruments psychométriques et des outils de recherche dans le domaine de la toxicomanie.

Logé au Centre de réadaptation Domrémey-Montréal lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

CAHIERS DE RECHERCHE

BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P., TRÉPANIÉ, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. (102 pages).

BERGERON, J., GOSSELIN, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. (80 pages).

BROCHU, S., KISHCHUK, N., LANDRY, M., MERCIER, C., NADEAU, L. et coll. (1993). *Programme de recherche du RISQ: Cadre conceptuel*. (119 pages).

BROCHU, S. (1994) *Drogue et criminalité : mythe ou réalité?* (26 pages).

BROCHU, S. (1995). *Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance*. (22 pages)

CUSSON, F., LAFLAMME-CUSSON, S. (1994). *La drogue au Québec : recherches et trouvailles*. (173 pages).

DESJARDINS, L., GERMAIN, M. (1995). *Profil de la clientèle à double problématique : toxicomanie et délinquance*. (61 pages).

GUYON, L., LANDRY, M. et coll. (1993). *Analyse descriptive de la population en traitement de Domrémy-Montréal, à partir de l'IGT 1991-1992. Résultats généraux*. (62 pages).

GUYON, L., NADEAU, L., BOYER, R. (1993). *Devis pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en toxicomanie*. Document déposé au Ministère de la Santé et des services sociaux. Publié par le MSSS.

KEIGHAN, S. (1994). *La prévalence des conduites de risque chez les toxicomanes utilisateurs de drogues intraveineuses et les toxicomanes non-utilisateurs de drogues intraveineuses*. (75 pages).

LAFLAMME-CUSSON, S., MOISAN, C. et coll. (1993). *Le cheminement des bénéficiaires dans trois centres de réadaptation pour personnes toxicomanes*. Publié par le MSSS.

LAFLAMME-CUSSON, S., GUYON, L., LANDRY, M. (1993). *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT*. (60 pages)

LAFLAMME-CUSSON, S. (1994) *L'alcool au Québec : recherches et trouvailles*. (147 pages).

LOSLIER, L., LANDRY, M., GUYON, L. (1994). *Variations de l'Indice de gravité d'une toxicomanie et origine des clients de Domrémy-Montréal. Analyse géographique.* (82 pages).

NADEAU, L. (1993) *La dépendance aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique.* (15 pages)

MERCIER, C. (1994). *Toxicomanie et Itinérance.* Recension des écrits. (38 pages).

À paraître

NADEAU, L. (1995). *Les troubles liés aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique* réédition de *La dépendance aux substances psychoactives : la définition de la toxicomanie et l'évaluation psychologique*

CAHIERS TECHNIQUES

ALARIE, S., BRUNELLE, N. (1994). *Évaluation de la consommation d'alcool et de drogue auprès d'un échantillon de détenus au Centre de détention de Montréal.* (69 pages)

BRUNELLE, N. (1992). *Drug Abuse Screening Test (DAST) et Alcohol Dependance Scale (ADS). Guides pratiques à l'intention des utilisateurs.* (28 pages)

DESJARDINS, L., GUYON, L. (1993). *Constitution de la banque de données IGT de Domrémy-Montréal, 1991-1992.* (100 pages).

PARENT, I. (1995). *Toxicomanies et comportements à risque pour le VIH/SIDA chez les femmes incarcérées : classifacatin de la littérature spécialisée.* (146 pages).

PROVOST, G., MERCIER, C. (1994). *La comorbidité des troubles psychiatriques chez des alcooliques et des toxicomanes : classification de la littérature spécialisée.* (266 pages).

MATÉRIEL AUDIO-VISUEL

SINGLE, E. (1994). *Social Policy Regarding Alcohol.* Cassette vidéo.

FACY, F. (1994) *Drogue et prison.* Cassette vidéo.

McLELLAN, T. A. (1992) *Is Substance Abuse Treatment Effective? Compare to What?.* Cassette vidéo.

RUSH, B. (1992) *Overview and Current issues in the Ontario Alcohol and Drug Treatment System.* Cassette vidéo

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I - LA DÉFINITION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	2
II - LA CLASSIFICATION EN SANTÉ MENTALE.....	4
III - LE DSM-III ET SES SUCCESSEURS	6
IV - L'ÉVALUATION MULTIAXIALE	8
V - LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES	10
VII - L'INTERACTION ENTRE SYNDROMES CLINIQUES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	13
VIII - L'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE	15
IX - L'ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	16
X - LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	18
XI - LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET LA TOXICOMANIE.....	19
XII - CONCLUSION.....	30
RÉFÉRENCES	32
ANNEXE L'UTILISATION DU <i>MILLON CLINICAL</i>	40

INTRODUCTION

Les intervenants en toxicomanie du Québec sont de plus en plus préoccupés par la relation entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie¹. En effet, dans leur pratique, il devient évident que certains usagers rencontrent des problèmes d'adaptation plus sévères que d'autres, que leurs mécanismes de défense rendent les rapports avec les intervenants ardu, que leurs échecs sont fréquents et que leurs progrès en traitement sont lents. À l'examen, les intervenants ont constaté que ces problèmes prenaient racine à l'adolescence et qu'ils étaient maintenus par le style d'interaction ou les conduites de ces usagers. En bref, le phénomène des troubles de la personnalité chez ceux et celles qui présentent un trouble lié à une substance psychoactive suscite un intérêt grandissant. C'est pour répondre à cette préoccupation que ce cahier de recherche fut rédigé.

La première partie du texte porte sur la nosologie en santé mentale et met l'accent sur la mesure des troubles de la personnalité². Ensuite, les considérations spécifiques auxquelles les cliniciens doivent porter attention dans l'évaluation des troubles de la personnalité sont décrites. Finalement, une discussion des liens pouvant tisser une interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie conclut le texte. Également, une revue de la documentation sur l'utilisation du *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)* pour l'évaluation des troubles de la personnalité dans la population toxicomane est incluse en appendice.

¹ Le concept de toxicomanie réfère à toute forme de dépendance, y compris l'alcool

² Le texte vise une définition du concept de TP en général et ne définit pas chacun des TP spécifiquement. Le lecteur intéressé par plus de détails est référé au DSM-IV (APA, 1994) ou à la CIM-10 (OMS, 1992) pour les critères diagnostiques ou aux textes de Millon (1990) et de Widiger et Frances (1988) pour une description plus clinique de chacun des troubles.

I - LA DÉFINITION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

La définition des troubles de la personnalité choisie est celle mise de l'avant par l'American Psychological Association (APA, 1994) et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1992). Il existe d'autres conceptualisations des troubles de la personnalité qui ont des implications différentes pour les questions discutées dans le présent texte (se référer par exemple à *Kernberg, 1984* ou à *Brown, 1992*). Cependant, c'est la décision des auteurs de mettre l'accent sur la position de l'APA et de l'OMS puisque celle-ci est la plus couramment acceptée.

La personnalité est l'ensemble des états et conduites stables qui sont l'expression, chez un individu, de sa manière de vivre, d'entrer en contact avec les autres et de percevoir sa propre personne. Les aspects saillants d'une personnalité se regroupent sous la forme de traits de personnalité. Tous et chacun, nous nous situons le long d'un continuum de présence/absence de ces traits de personnalité. C'est la combinaison unique de cet ensemble de traits communs qui donne à chaque individu sa personnalité propre, son individualité. Aucune référence à la pathologie n'est mise en cause ni par la présence d'un trait particulier ni par la prééminence ou l'absence d'un de ces traits. Par exemple, le fait qu'un individu présente un trait de personnalité passive ne constitue en aucune façon un indice de pathologie en autant que cette "passivité" n'empêche pas cet individu de vaquer de façon fonctionnelle à ses activités. Un individu qui possède une personnalité dite "saine" démontre une habileté de fonctionner de façon autonome et compétente, une tendance à s'adapter à son environnement d'une façon efficace, une capacité à atteindre ses buts ainsi qu'une sensation subjective de satisfaction (*Millon, 1990*).

Les troubles de la personnalité sont des structures comportementales inadaptées profondément enracinées. Ces structures définissent la façon dont un sujet entre en contact avec son environnement. Ces troubles débutent généralement à l'adolescence et persistent de façon stable (sans rémission ni exacerbation) à l'âge adulte. Ils s'expriment dans quasiment toutes les aires de fonctionnement d'un sujet et se manifestent sous la forme de réponses comportementales stéréotypées. Les sujets présentant un trouble de la personnalité en viennent à être incapables de répondre d'une façon adaptée aux situations courantes. Ils présentent un niveau de stress psychosocial élevé, une difficulté à répondre de façon optimale aux demandes de l'environnement, une tendance à se retrouver de façon répétitive dans des situations d'échec et ils ressentent généralement une détresse subjective (*Millon, 1990; Widiger et Frances, 1988*). Les trois caractéristiques essentielles pour déterminer de la présence d'un trouble de la personnalité sont l'identification d'un patron de comportements persistant, rigide et généralisé (*APA, 1994; OMS,*

1992).

La distinction entre trait de personnalité et trouble de la personnalité est importante. Un trait représente une tendance dans le comportement d'un individu alors qu'un trouble indique un répertoire limité et stéréotypé. Par exemple, un individu qui présente le trait de personnalité d'extroversion aura tendance à prendre la parole facilement dans un groupe. Lorsque le temps viendra d'écouter, celui(elle)-ci se taira, mais pourra manifester une écoute active par le biais d'un langage corporel expressif. Dans cet exemple, le sujet présente un patron diversifié et adapté de comportements, tout en démontrant une tendance pour des comportements expressifs, extrovertis. À l'opposé, un individu présentant un trouble de la personnalité de type histrionique coupera la parole aux autres de façon répétitive (persistance), aura de la difficulté à comprendre et à accepter qu'il y a un tour de parole pour chacun (rigidité) et agira de la même façon qu'il soit avec des amis intimes ou avec de parfaits étrangers (généralisation). Un trouble de la personnalité doit être évalué uniquement en fonction de manifestations comportementales spécifiques exprimées selon un patron rigide. C'est en tenant compte de ce critère que l'on peut s'assurer que l'évaluation et le traitement des troubles de la personnalité ne deviennent pas des exercices de médicalisation de la marginalité (*Conrad et Schneider, 1980*). En effet, il est important de ne pas percevoir les individus qui sont "différents de la normale" comme "malades". Afin de ne pas confondre ainsi des attitudes ou des comportements marginaux avec un trouble de la personnalité pathologique, il est nécessaire de posséder un système de classification commun composé de critères diagnostiques objectifs et valides.

II - LA CLASSIFICATION EN SANTÉ MENTALE

La classification en santé mentale, que ce soit en psychiatrie ou en psychologie, délimite les conditions qui déterminent un trouble mental et énumère les différents diagnostics possibles. Le diagnostic est l'appellation générique du trouble mental présent chez un sujet. L'importance de la classification en santé mentale se manifeste à différents niveaux (Lorr, 1986). La classification facilite la communication entre intervenants et permet la détermination de diagnostics standardisés, une condition essentielle à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ou d'études cliniques. Elle favorise aussi la pensée théorique et l'avancement des connaissances. Enfin, un rôle de prime importance de la classification en santé mentale en est un de décision et de prédiction, de décision concernant le traitement à choisir et de prédiction quant à l'efficacité et à la durée du traitement.

Il existe trois types de classifications principalement utilisées en santé mentale : la classification par catégorie, par dimension ou par prototype. Dans la classification par catégorie, l'identification d'un trouble nécessite l'observation de caractéristiques nécessaires et suffisantes (Lorr, 1986). Les catégories qui définissent chaque trouble sont mutuellement exclusives et exhaustives et les caractéristiques sont spécifiques à une catégorie donnée. On postule en effet que les troubles mentaux constituent des entités délimitées et distinctes. Cette classification est simple, claire et précise. Cependant, elle entraîne parfois l'évaluateur à "forcer" un choix et ne reconnaît pas l'hétérogénéité des troubles mentaux. Le retard mental, tel que défini par l'APA dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*; APA, 1994), constitue un exemple de classification par catégorie. Parce que fondé sur la description des symptômes, ce type de classification est fortement marqué par une conception médicale des troubles mentaux et est donc particulièrement favorisé en psychiatrie (Kaplan et Sadock, 1991).

Dans la catégorisation par dimension, un sujet est évalué selon des échelles continues représentant les dimensions de la personnalité (Cattell et Dreger, 1977; Eysenck, 1970). Ces dimensions constituent l'opérationnalisation de traits de personnalité dits universels (par exemple l'introversion/extroversion chez Eysenck). Chaque sujet est évalué selon chacune de ces dimensions. Celles-ci sont indépendantes et le fait de connaître l'état d'un sujet selon une de ces dimensions ne permet pas de prédire l'état du sujet selon les autres dimensions. On postule qu'un trouble mental est la manifestation d'un déséquilibre dans une ou plusieurs de ces dimensions ou

dans l'équilibre entre les dimensions. Cette approche donne un portrait détaillé de la personnalité du sujet et n'élimine pas les informations qui ne sont pas essentielles à l'évaluation d'un trouble.

Toutefois, cette richesse d'information la rend peu pratique pour la communication entre intervenants du fait que les données à transmettre sont nombreuses. Il y a rarement consensus quant au nombre et à la nature des dimensions à évaluer de même qu'au moyen à utiliser pour quantifier ces dimensions (Millon, 1969, 1981). Ainsi, les modèles par dimension varient des 16 traits de personnalité de Cattell (Cattell et Dreger, 1977) aux trois dimensions de la personnalité d'Eysenck (1970) et peuvent se mesurer par des instruments autorévélés, tels le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Hathaway et McKinley, 1945) ou par des tests projectifs, tels celui de Rorschach (1921). Généralement, chaque modèle théorique a son instrument et chaque instrument sert pour un seul modèle. Ce type de classification est souvent favorisé en psychologie (Millon, 1990).

Dans la catégorisation par prototype, le profil d'un prototype est dressé selon différentes caractéristiques et les sujets sont classifiés selon le prototype auquel ils ressemblent le plus (Horowitz, Post, French, Wallis et Siegelman, 1981; Horowitz, Wright, Lowenstein et Parad, 1981). Une liste de caractéristiques est dressée et un sujet est considéré comme appartenant à un prototype s'il présente un nombre élevé de caractéristiques de ce prototype. Plus un sujet possède de caractéristiques d'un prototype, plus la probabilité que la décision diagnostique soit fiable et valide augmente. Toutes les caractéristiques d'un prototype doivent être présentes auprès d'une certaine proportion des sujets, mais il est possible qu'aucun sujet ne réponde à toutes les caractéristiques du prototype. Comme dans la classification par dimension, on postule qu'un trouble mental est un déséquilibre dans l'expression de traits universels. Toutefois, ces traits ne sont pas indépendants. Ainsi, le fait de manifester un comportement pathologique donné augmente la probabilité de présence des autres comportements pathologiques caractéristiques du prototype. L'identification du prototype est facilitée par la reconnaissance d'un ensemble de comportements qui se regroupent selon un profil reconnaissable appelé un syndrome. Cette catégorisation reconnaît l'hétérogénéité de la population et facilite l'évaluation des cas limites. Par contre, les caractéristiques du sujet ayant servi à la classification sont camouflées derrière le terme générique désignant le prototype. La catégorisation de trouble lié à une substance psychoactive du DSM-IV constitue un exemple de ce type de classification. Un sujet présentant les critères diagnostiques 1, 2 et 3 recevra la même appellation diagnostique qu'un sujet présentant les critères 7, 8 et 9, et ce, même si ces deux sujets vivent une situation de vie et des problèmes très différents. Les troubles de la personnalité sont également définis selon une classification par prototype dans la nosologie de l'APA et de l'OMS.

III - LE DSM-III ET SES SUCCESSEURS

Depuis 20 ans, la question de la classification des troubles mentaux a connu un regain d'intérêt auprès des chercheurs (*Blashfield et McElroy, 1987*). En effet, aux États-Unis, la recherche systématique d'un modèle de classification standard fut délaissée à une époque où la psychothérapie de type analytique ou expérientiel constituait le traitement de choix pour tout type de trouble mental. En effet, pourquoi perdre temps et efforts à identifier le "mal" qui afflige un sujet si le plan de traitement sera le même, peu importe le diagnostic? Dans les années 70, plusieurs facteurs ont entraîné ce regain d'intérêt au sujet des questions de classification au sein de l'APA (*Kirk et Kutchins, 1992*): le développement de nouveaux modes de traitement, particulièrement l'essor des traitements de type pharmacologique (*Sartorius, 1991*); les besoins épidémiologiques des gouvernements (*Grob, 1991*); une pratique de la psychiatrie en évolution, oeuvrant de plus en plus en milieu communautaire ou en pratique privée (*Grob, 1991*); et, finalement, une remise en question, par certains critiques de la psychiatrie, de l'existence même de "troubles mentaux" (*Szasz, 1960*). Puisqu'on ne pouvait déterminer une étiologie physique ou s'entendre sur une appellation diagnostique commune de ces troubles mentaux, d'aucuns conclurent que ces phénomènes ne constituaient que des comportements socialement dévalués. Ces critiques remettaient en question la légitimité même de la psychiatrie comme science puisque celle-ci ne pouvait définir de façon fiable et valide son sujet d'expertise, les troubles mentaux.

Ces changements et ces questionnements entraînèrent un branle-bas de combat en bonne et due forme et une concertation rarement vue au sein de l'APA pour la création et la supervision de groupes de travail afin d'en arriver, en 1980, à la publication de la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-III. Le DSM-III constitue à plusieurs égards une évolution, voire même une rupture, avec les modèles de classification antérieurs, y compris les deux premières éditions du DSM (*APA, 1952, 1968*). Une version révisée du DSM-III³ fut publiée en 1987 (DSM-III-R), puis une quatrième édition en 1994 (DSM-IV). La suite du texte mettra l'accent sur la classification du DSM-III car c'est avec la publication de cette édition que l'on observe l'évolution la plus marquée. Les principaux changements introduits avec le DSM-III furent généralement maintenus dans les éditions subséquentes que sont le DSM-III-R et le DSM-IV.

³ La traduction française de référence fut publiée à Paris chez Masson, en 1989.

Les avancements apportés par le DSM-III furent nombreux. Premièrement, une approche descriptive athéorique fut utilisée. Aucune référence ne fut faite aux différentes théories étiologiques des troubles mentaux. Les concepteurs du DSM-III favorisèrent cette approche athéorique afin de permettre l'utilisation de la classification par des intervenants d'écoles de pensée différentes. Deuxièmement, des critères diagnostiques opérationnels et quantifiables furent élaborés afin de favoriser l'accord entre évaluateurs et la fidélité⁴ des décisions diagnostiques. Également, dans le but de favoriser la standardisation, un glossaire de termes spécialisés fut inclus en appendice. Ainsi, depuis le DSM-III, l'identification d'un trouble mental s'appuie sur une description objective des manifestations comportementales observées chez un sujet.

⁴ C'est-à-dire, que le diagnostic se répétera si le même portrait clinique est présenté.

IV - L'ÉVALUATION MULTIAXIALE

Le changement qui différencie le plus le DSM-III des manuels antérieurs est l'utilisation de l'évaluation multiaxiale (*Millon, 1986*). Les cinq axes du DSM-III sont les suivants :

- l'axe I qui décrit les syndromes cliniques et les conditions non psychiatriques nécessitant une attention médicale;
- l'axe II qui décrit les troubles de la personnalité (DSM-III-R : troubles de la personnalité et troubles apparaissant habituellement durant la première et la deuxième enfance, ou à l'adolescence; DSM-IV : trouble de la personnalité et retard mental);
- l'axe III qui décrit les troubles physiques (DSM-IV : conditions médicales physiques);
- l'axe IV qui est une évaluation de la sévérité du stress psychosocial (DSM-IV : problèmes sociaux⁵);
- l'axe V qui est une évaluation du fonctionnement global.

Les axes I et II comprennent la totalité des troubles mentaux. L'utilisation des axes III, IV et V permet de porter attention à certains signes et symptômes, à certains aspects de l'environnement et à certains domaines de fonctionnement qui sont souvent négligés mais qui pourtant jouent un rôle dans l'étiologie ou le développement d'un trouble psychiatrique.

L'évaluation multiaxiale favorise l'établissement de diagnostics multiples⁶. Ainsi, les troubles qui atteignent un seuil cliniquement significatif sont codés selon chacun des axes sans avoir à choisir si un sujet présente un syndrome clinique à l'axe I ou un trouble de la personnalité à l'axe II (*Widiger et Frances, 1988*). De plus, les diagnostics doubles (ou multiples) sont également possibles à l'intérieur d'un même axe. Cette procédure permet de reconnaître la complexité des problématiques liées à la santé mentale et favorise une précision accrue dans la classification des cas limites ou atypiques. En effet, l'évaluateur n'est pas contraint à "forcer" un sujet dans une catégorie diagnostique unique et élimine le moins d'informations possibles sur la condition du sujet. Lorsqu'il y a un diagnostic double aux axes I et II, le trouble à l'axe I est le diagnostic

⁵ L'axe IV du DSM-IV est significativement différent de celui des DSM-III et DSM-III-R.

⁶ L'appellation comorbidité est souvent utilisée pour signifier la présence d'un diagnostic double.

principal par défaut. Si le diagnostic à l'axe II est considéré comme principal par l'évaluateur, cette décision doit être explicitement spécifiée. Lorsqu'il y a un diagnostic double sur un même axe, le diagnostic principal est codé le premier, puis les autres en ordre décroissant d'importance. Il est important ici de ne pas confondre l'appellation de l'APA de diagnostic principal avec l'appellation établie par Schuckit (1979) de diagnostic primaire. L'appellation de diagnostic principal dans le DSM-III réfère au trouble qui a nécessité ou entraîné la prise en charge lors du présent épisode de traitement alors que, pour Schuckit, l'appellation de diagnostic primaire en opposition à secondaire réfère à un ordre de survenue des troubles dans le temps.

Les troubles codés à l'axe I sont les syndromes cliniques. Ceux-ci se manifestent sous la forme d'un ensemble de symptômes apparaissant conjointement et constituant un état pathologique reconnaissable. Ces syndromes sont souvent associés à une détresse subjective de la part du sujet. De plus, ils sont caractérisés par une survenue circonscrite dans le temps et se manifestent généralement par une crise psychotique ou par une période d'exacerbation d'un trouble chronique. Les troubles à l'axe I constituent souvent la raison pour laquelle un sujet demande de l'aide. On retrouve également à l'axe I les conditions non psychiatriques qui demandent une attention, tel un deuil non compliqué de dépression clinique. Les troubles codés à l'axe II sont les troubles de la personnalité.

V - LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Les concepteurs du DSM-III visaient une standardisation internationale de la nosologie psychiatrique. C'est ainsi que les experts travaillant au DSM-III tentèrent de créer une classification compatible avec l'appellation des troubles mentaux de la Classification Internationale des Maladies dans sa neuvième édition (CIM-9). La CIM constitue le système officiel de l'OMS pour classer les différentes maladies, blessures, handicaps et causes de décès. Ce système fut modifié aux États-Unis pour être plus pratique dans le suivi clinique et la tenue de dossiers (CIM-9-MC). La classification du DSM-III respecte pour l'essentiel celle de la CIM-9-MC et celle du DSM-IV respecte la CIM-10 (OMS, 1992)⁷. Un ajout intéressant que l'on retrouve dans la CIM-10, alors qu'il est absent du DSM-III et de ses successeurs, est la présence de directives communes à l'ensemble des troubles de la personnalité. Ainsi, afin de diagnostiquer un trouble de la personnalité chez un sujet, l'évaluateur se doit d'identifier, à l'aide de ces directives générales, s'il y a effectivement un fonctionnement personnel et interpersonnel perturbé. Ensuite seulement, peut-on examiner de quel trouble spécifique il s'agit. On retrouve au tableau 1 ces directives générales⁸.

⁷ L'usage officiel de la CIM-10 n'est pas prévu avant la fin des années 90 en Amérique du Nord (DSM-IV, APA 1994, p. xxi).

⁸ Ces directives générales correspondent à la compréhension théorique des TP selon l'APA. Cependant, c'est uniquement dans la CIM-10 qu'on les retrouve explicitement définies sous la forme de critères diagnostiques.

TABLEAU 1

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES GÉNÉRAUX POUR L'ÉVALUATION D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ SELON LA CIM-10

Directives pour le diagnostic

Il s'agit d'états non directement imputables à une lésion ou à une maladie cérébrale ou à un autre trouble psychiatrique, et qui répondent aux critères suivants :

- (a) attitudes et comportements nettement dysharmonieux, dans plusieurs secteurs du fonctionnement, p. ex. l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode de relation à autrui;**
- (b) le mode de comportement anormal est durable, persistant et n'est pas limité à des épisodes de maladie mentale;**
- (c) le mode de comportement anormal est profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées;**
- (d) ces manifestations apparaissent toujours dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte;**
- (e) ce trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable mais qui peut être d'apparition tardive;**
- (f) le trouble est habituellement, mais pas toujours, associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.**

Source : OMS, 1992, PP. 181-182

VI - LES DIFFÉRENCES ENTRE SYNDROMES CLINIQUES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Il existe, par définition, de nombreuses différences entre les troubles des axes I et II⁹. Ainsi les troubles à l'axe I sont généralement encapsulés dans le temps, avec une survenue dont la datation est relativement précise, alors que les troubles de l'axe II sont persistants et stables. Les troubles de l'axe I s'expriment sous la forme d'un dysfonctionnement du comportement habituel ou typique d'un sujet, dans une aire de fonctionnement généralement limitée, alors que les troubles de l'axe II sont des ensembles de comportements enracinés et généralisés. Souvent, les troubles de l'axe I sont ego-dystoniques, c'est-à-dire qu'ils s'accompagnent d'une détresse subjective de la part du sujet, alors que les troubles de l'axe II sont ego-syntoniques, c'est-à-dire que le trouble est en accord avec la personnalité. Les troubles à l'axe I se reconnaissent par des manifestations comportementales handicapantes, qui apparaissent souvent de façon marquée et dramatique, alors que les troubles à l'axe II sont inférés par un mode inadapté d'interactions qui emmène le sujet à se retrouver dans des situations d'échecs répétés (*Millon, 1990*). C'est ainsi que les troubles à l'axe I constituent généralement le diagnostic principal, c'est-à-dire la raison de la demande de service. Malgré ces différences, il est important de se rappeler que ces troubles constituent des conceptualisations abstraites de la condition d'un sujet. La distinction entre axe I et axe II n'est pas toujours aussi claire au niveau du vécu du sujet (*Millon, 1990*). Par exemple, il pourra être difficile, chez un sujet présentant un trouble de la personnalité antisociale, de délimiter si sa consommation d'opiacés constitue un trouble lié à une substance psychoactive indépendant à l'axe I ou si cette consommation ne représente qu'un symptôme additionnel du trouble de la personnalité (*Blume, 1989; Rousar, Brooner, Régier et Bigelow, 1994*).

⁹ La discussion qui suit porte sur la distinction entre les syndromes cliniques codés à l'axe I et les TP codés à l'axe II dans le DSM-III et ses successeurs. Les conditions non-psychiatriques (axe I) de même que les troubles du développement (axe II) en sont exclus. Dans la suite du texte, les appellations *trouble(s) à l'axe I* et *syndrome(s) clinique(s)* seront considérées comme synonymes de même que les appellations *trouble(s) à l'axe II* et *trouble(s) de la personnalité*.

VII - L'INTERACTION ENTRE SYNDROMES CLINIQUES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

La codification des syndromes cliniques et des troubles de la personnalité sur deux axes parallèles facilite la différenciation de ceux-ci. Toutefois, une conséquence probablement encore plus significative de cette séparation est qu'elle facilite l'étude de leur interaction. Plusieurs théories existent quant au lien entre les troubles des deux axes (*Klein, 1993; Millon, 1990; Stein, Hollander et Skodol, 1993*).

Une première position stipule que les troubles de la personnalité prédisposent au développement de syndromes cliniques avérés (*Millon, 1990*). Ce point de vue est en accord avec une position plus psychanalytique qui perçoit les traits de personnalité comme antérieurs à l'expression de symptômes comportementaux (*Brown, 1992*). Dans cette perspective, les troubles de la personnalité peuvent devenir un facteur de vulnérabilité chez un sujet (*Klerman, 1973*) qui peut soit engendrer, lors de la maturation et du développement de l'individu, une personnalité prédisposée à manifester des conditions cliniques d'anxiété, de rejet ou de faible estime de soi (*McCranie, 1971*) soit augmenter la probabilité de vivre de façon répétée des conditions de vie précaires qui entraînent le développement d'épisodes cliniques (*Akiskal, Khani et Scott-Strauss, 1979*) soit encore diminuer la résistance du sujet face à la pression des stressseurs psychosociaux (*Becker, 1977*). Le style de vie erratique de même que la tendance à s'engager dans des relations interpersonnelles tumultueuses caractéristiques du trouble de la personnalité "limite" (borderline) constituent de bons exemples de cette position. Ces sujets sont plus susceptibles de développer une condition clinique à la suite de pressions ou d'événements qui ne créeraient pas de préoccupation excessive chez la plupart des gens (*Southwick et Satel, 1990*). Ainsi, les troubles de la personnalité sont ici perçus comme pathogéniques, c'est-à-dire comme produisant des syndromes cliniques.

Une autre position perçoit les troubles de la personnalité comme une conséquence des troubles de l'axe I (*Nace, 1990; O'Malley, Kosten et Renner, 1990*). Les troubles à l'axe II sont alors décrits comme une expression subclinique ou en développement d'un syndrome clinique. Ceux-ci peuvent également être définis comme une séquelle des troubles à l'axe I (*Bean-Bayog, 1986*). La classification CIM-10 réserve une catégorie pour des changements de la personnalité qui se développent suite à la présence d'un trouble chronique et qui demeurent permanents (*OMS, 1992; Stein, Hollander et Skodol, 1993*). Ces deux positions - un trouble de la personnalité "cause" de

trouble à l'axe I ou un trouble de la personnalité "conséquence" de trouble à l'axe I - postulent un lien de causalité entre les troubles des deux axes et impliquent une préséance temporelle de l'un sur l'autre.

Enfin, certaines positions proposent que les troubles des deux axes sont des entités distinctes qui peuvent survenir chez un sujet de façon simultanée sans qu'il n'y ait de lien étiologique. Ainsi, les troubles de la personnalité peuvent avoir un effet pathoplastique sur les troubles de l'axe I (*Paykel, Klerman et Prusoff, 1976*). C'est-à-dire, que les troubles de la personnalité donnent leur forme au trouble de l'axe I, sans toutefois provoquer celui-ci. Ce sont les gains secondaires associés au fait de présenter un trouble à l'axe I (par exemple: l'attention reçue par les autres ou une déculpabilisation) qui stimulent chez un sujet ayant également un trouble de la personnalité l'expression dramatique et excessive des symptômes comportementaux. *Docherty, Feister et Shea (1986)* offrent une autre hypothèse en suggérant la présence d'une cause commune (coeffect thesis). Les troubles à l'axe I et à l'axe II seraient alors produits par les mêmes facteurs, ce qui expliquerait la présence souvent concomitante de ces deux types de troubles.

Plusieurs hypothèses ressortent de cette discussion quant à l'interaction entre troubles à l'axe I et troubles à l'axe II. Bien qu'il n'y ait pas de consensus, on s'accorde pourtant à reconnaître que l'étude des troubles de l'axe I, sans considération de ceux à l'axe II, représente une vision partielle, voire même réductionniste, du phénomène complexe que constituent les troubles mentaux.

VIII - L'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE

L'évaluation est l'opération par laquelle on examine l'état de santé mentale d'un sujet et au terme de laquelle l'examineur formule un diagnostic concernant le ou les troubles spécifiques présentés par le sujet. L'évaluation peut se faire en une ou plusieurs rencontres, par une entrevue clinique structurée ou semi-structurée¹⁰, par la passation de tests physiologiques ou de questionnaires psychologiques autorévélés, ou par n'importe quelle combinaison de ces moyens. Un évaluateur doit aussi faire appel à son expérience clinique pour poser un diagnostic. Dans les modèles de classification de l'APA et de l'OMS, l'accent est mis sur la reconnaissance de manifestations comportementales observables, ce qui permet d'augmenter l'accord interjuges. Pour qu'un trouble soit présent, certains critères doivent être identifiés selon un patron prédéterminé. Un évaluateur qui énonce un diagnostic pourra donc présenter clairement les raisons pour lesquelles un jugement est fait et pourra partager avec un observateur extérieur les faits objectifs qui ont entraîné sa décision.

Cette façon de procéder laisse moins de place à l'arbitraire dans le jugement de l'évaluateur que lorsque la décision est basée sur des impressions cliniques. Toutefois, un biais peut toujours s'introduire dans la nature des observations recueillies. Par exemple, si, lors de l'évaluation, une sphère de vie est oubliée, si un accent trop considérable est mis sur une seule sphère de vie ou si les circonstances entourant une situation demeurent non définies, alors la réalité du sujet peut être déformée même si les faits rapportés sont effectivement exacts. Des entrevues structurées (ou semi-structurées) et des questionnaires autorévélés ont donc été développés afin de s'assurer que toutes les informations nécessaires soient recueillies d'une façon systématique et neutre.

¹⁰ Une entrevue semi-structurée est complétée par un évaluateur et est composée de questions prédéterminées. L'évaluateur se doit d'utiliser des variantes ou des élaborations des questions jusqu'à ce qu'il juge que le sujet ait répondu de façon adéquate. Un questionnaire autorévélé est constitué de questions avec réponses à choix multiples et est complété par le sujet lui-même.

IX - L'ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

L'évaluation des troubles de la personnalité pose un problème parce que ceux-ci sont définis par un patron de comportements. Il est difficile d'identifier des manifestations comportementales spécifiques qui identifieront de façon fiable la présence d'un trouble de la personnalité (*Widiger et Frances, 1988*). En effet, la majorité des manifestations d'un trouble de la personnalité sont des comportements qui, en certaines circonstances, sont adaptés. C'est le patron selon lequel ils apparaissent qui est mésadapté. Par exemple, il n'y a rien de mal, au contraire, à vérifier si le gaz est bien coupé avant d'aller se coucher. Toutefois, lorsque ce comportement est répété si souvent dans une nuit que le temps de sommeil est diminué, alors un trouble de la personnalité peut être mis en cause. De même, certains comportements excessifs ou déplacés peuvent parfois être expliqués par la situation plutôt que par la présence d'un trouble de la personnalité. Par exemple, le fait de parler fort, de sauter de joie, de couper la parole à tout le monde et de donner l'impression de "prendre toute la place" ne sera pas perçu de la même façon selon que cela représente un comportement typique et fréquent chez une personne ou si cela se produit à la suite d'un événement positif majeur tel gagner une large somme à la loterie.

Les caractéristiques essentielles des troubles de la personnalité - la persistance, la rigidité et la généralisation - signalent trois pièges à éviter lors de l'évaluation (*Widiger et Frances, 1988*). Premièrement, les sujets présentant un trouble de la personnalité manifestent un patron de comportement durable dans le temps. Il ne faut pas confondre un état ponctuel avec un patron stable (*Zuckerman, 1979*). Le passé du sujet doit être examiné pour déterminer si l'état actuel est passager ou s'il est indicatif du fonctionnement habituel. L'état du sujet lors de l'évaluation influencera cependant ses réponses et teintera son récit. Un sujet actuellement déprimé mettra peut-être l'accent sur les mauvais moments de sa vie en donnant l'impression que son histoire n'est qu'une série de malheurs alors que le même récit raconté par le même sujet non déprimé pourrait être tout à fait différent. Cette mise en garde est particulièrement importante lorsqu'il y a un diagnostic double aux axes I et II. Les comportements indicatifs de la présence d'un trouble de la personnalité seront déformés ou exacerbés par les manifestations plus expressives et apparentes des troubles de l'axe I.

Deuxièmement, les sujets présentant un trouble de la personnalité manifestent un patron de

comportement rigide. Il ne faudrait pas méprendre une réaction liée à une situation spécifique, même excessive, avec un trouble de la personnalité (*Mischel, 1981*). Une personne qui réagit de façon passive et dépendante lors d'une hospitalisation pour un problème de santé grave pourra montrer une autonomie satisfaisante en d'autres situations. Ce n'est pas le fait de réagir de façon passive ou indépendante qui constitue un trouble, c'est le fait de réagir selon un patron prédéterminé plutôt que selon les exigences du contexte. Il est important de conserver ce phénomène en mémoire lors d'une évaluation en un milieu institutionnel ou dans le cadre d'une demande d'aide puisque le sujet n'est pas dans son milieu naturel.

Troisièmement, les sujets présentant un trouble de la personnalité manifestent un patron de comportement généralisé dans l'ensemble des sphères de vie. Il faut porter attention à ne pas confondre des comportements ou des attitudes relatifs à des rôles professionnels ou sociaux avec un trouble de la personnalité (*Frances, 1980*). Certains de ces rôles amènent parfois des gens à exprimer des comportements répétitifs ou inusités, voire même socialement indésirables en d'autres circonstances. Il faut évaluer si ces manifestations apparaissent dans l'ensemble des sphères de vie d'un sujet ou si elles apparaissent uniquement dans le cadre de ce rôle. Par exemple, on peut comprendre qu'un gardien de prison développe une méfiance au travail suite à une prise d'otage, cependant, s'il n'a pas de trouble de la personnalité, cette attitude ne devrait pas affecter ses rapports avec sa femme et ses enfants.

X - LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le développement de critères diagnostiques et d'outils psychométriques pour l'évaluation des troubles de la personnalité est une innovation majeure de la psychiatrie des années 70 et 80 (Spitzer, Williams et Skodol, 1980). Dans une revue limitée des instruments qui existent pour mesurer les troubles de la personnalité, Widiger et Frances (1987) dénombrent quatre entrevues semi-structurées de même que deux questionnaires autorévélés évaluant l'ensemble des troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques du DSM-III ou du DSM-III-R. Les entrevues semi-structurées sont : le *Structured Interview for the Diagnosis of Personality Disorders* (Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers et Corenthal, 1985), le *Personality Disorder Examination* (Loranger, Susman, Oldham et Russakoff, 1987), le *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (Spitzer, Williams et Gibbon, 1985), le *Personality Interview Questions* (Widiger, Trull, Hurt, Clarkin et Frances, 1987). Les questionnaires autorévélés sont : le Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983); et le Personality Diagnostic Questionnaire (Hyler, Rieder, Spitzer et Williams, 1982). Widiger et Frances citent également des questionnaires conçus dans le but d'évaluer certains troubles de la personnalité spécifiques. Zimmerman (1994) énumère cinq entrevues semi-structurées et huit questionnaires autorévélés dont les plus importants correspondent à ceux mentionnés par Widiger et Frances.

Le but du présent cahier de recherche n'est pas de discuter des outils d'évaluation des troubles de la personnalité. Toutefois, pour le lecteur intéressé, on trouvera en appendice une discussion des qualités psychométriques du MCMI avec une référence particulière à son utilisation et à sa validité dans une population toxicomane. Le MCMI a en effet été choisi parce qu'il présente de nombreux avantages pour l'évaluation des troubles de la personnalité auprès d'une population toxicomane.

XI - LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET LA TOXICOMANIE

Comme on l'a souligné, la comorbidité psychiatrique aux axes I et II est fréquente et comporte de nombreuses interrogations quant à l'étiologie et au traitement. Cette coexistence a été particulièrement constatée entre les troubles liés aux substances psychoactives, qui sont des troubles de l'axe I, et les troubles de la personnalité. La rencontre de ces deux problématiques présente une question d'intérêt particulier en soi, notamment pour ceux qui s'intéressent à la toxicomanie. C'est à cette interaction trouble de la personnalité/toxicomanie que sera consacrée la dernière partie de ce cahier de recherche.

La toxicomanie est un phénomène multidimensionnel de nature biopsychosociale (*Cormier, 1984*). Cette problématique a des conséquences pour le sujet lui-même - entre autres pour sa santé - pour ses proches, qu'on pense aux difficultés conjugales, de même que pour l'ensemble de la société, notamment par les comportements à risque, telle la conduite en état d'ébriété. La consommation de substances psychoactives peut varier au cours de la vie d'un sujet depuis l'abstinence à la dépendance, en passant par divers modes de consommation socialement acceptés ou abusifs. Pour être considérée comme un trouble mental, la consommation doit se manifester en un mode de consommation pathologique répondant à certains critères. Les critères de l'OMS (1992) et de l'APA (1994) pour déterminer la présence d'un trouble lié à une substance psychoactive se regroupent autour des dimensions suivantes :

- importance de plus en plus marquée de la consommation dans la vie du sujet; sentiment subjectif de perte de contrôle de la consommation;
- apparition et maintien de comportements inadaptés ou dangereux;
- abandon ou négligence d'activités sociales, professionnelles ou récréatives dus à la consommation;
- apparition d'indices de tolérance aux effets du produit ou de symptômes de sevrage lors de périodes d'arrêt de la consommation.

L'APA reconnaît deux types de troubles liés aux substances psychoactives, à savoir les troubles d'abus ou de dépendance. Ces troubles, répertoriés à l'axe I du DSM-IV, sont décrits selon une classification par prototype.

Les troubles de la personnalité ont une prévalence marquée dans la population toxicomane. Comme l'indique le tableau 2, lorsque les critères diagnostiques du DSM-III sont utilisés, la proportion de sujets présentant au moins un trouble de la personnalité varie de 53% à 100% dans des échantillons présentant un trouble lié aux substances psychoactives (*Calsyn et Saxon, 1990; Craig, 1988; Craig et Olson, 1990; Dougherty et Lesswing, 1989; Khantzian et Treece, 1985; Koenigsberg, Kaplan, Gilmore et Cooper, 1985; Marsh, Stile, Stoughton et Trout-Landen, 1988; Weiss, Mirin, Michael et Sollogub, 1986*). Les critères de l'OMS sont plus stricts que ceux de l'APA et identifient moins fréquemment des troubles de la personnalité (*Hesselbrock, Stabenau, Hesselbrock, Mirkin et Meyer, 1982*). En utilisant ces critères, Glass et Jackson (1988) soulignent que seulement 24% (en 1970-72) et 12% (en 1979-81) des patients d'un hôpital de Londres présentaient une comorbidité "alcoolisme"/troubles de la personnalité. Par contre, ces sujets constituaient la plus grande proportion des patients présentant un diagnostic double, soit 55% (en 1970-72) et 32% (en 1979-81). Dans l'ensemble de la documentation, les troubles les plus souvent identifiés en parallèle à la toxicomanie sont les troubles de la personnalité antisociale, limite, narcissique et dépendante. Toutefois, l'ensemble des troubles se retrouvent dans cette population. On peut donc affirmer avec certitude que les troubles de la personnalité apparaissent de façon commune et diversifiée dans le tableau clinique des troubles liés aux substances psychoactives.

TABLEAU 2
PRÉVALENCE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS DES ÉCHANTILLONS PRÉSENTANT
UN TROUBLE LIÉ À UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVES.

Étude	Craig ^a (1988)	Marsh et al. (1988)	Khantzian et al. (1985)	Koenigsberg et al. (1985)	Craig et al. ^a (1990)	Weiss et al. (1986)
Évaluation Toxicomanie	Opiacés Dépendance (DSM-III)	Opiacés Programme de maintien à la méthadone	Opiacés Dépendance	Toute substance Abus/Dépendance (DSM-III)	OpiacésCocaïne Abus/Dépendance Abus	Cocaïne Abus Chronique
n	(n=121)	(n=163)	(n=133)	(n=270)	(n=85)(n=107)	(N=30)
Évaluation (TP)	(MCMI; BR=?)	(MCMI; BR>74)	(DSM-II)	(DSM=III)	(MCMI; BR>84)	(DSM-III)
	% ^b [] ^{dc} rang[] ^d	% ^c rang	% ^b rang	% ^b rang	% ^c rang % ^c rang	% ^b rang
Pas de TP	0	9	35	47		10
Schizotypique	2[2] 10[10]	4 11	5,3 3	0,7 8	0 1 1 10	0
Paranoïde	10[3] 2[9]	12 8	2,1 9	0,4 9	19 4 2 0 5	0
Limite (Borderline)	13[16] 1[3]	11 9	5,3 3	22,5 1	3 9 2 9	26,7 1
Schizoïde	6[7] 7[8]	17 5	3,2 7	0 11	7 8 1 2 8	3,3 4
Évitante	7[9] 5[7]	17 6	6,4 2	1,5 5	8 7 2 0 5	3,3 4
Dépendante	9[16] 4[3]	29 4	5,3 3	2,6 3	20 3 2 8 3	3,3 4
Histrionique	7[12] 6[6]	34 2	3,2 7	1 7	11 6 1 5 7	16,7 3
Narcissique	10[18] 2[2]	38 1	5,3 3	2 4	31 1 4 0 2	23,3 2
Antisociale	3[22] 8[1]	32 3	49 1	11 2	25 2 4 8 1	3,3 4
Passive/agressive	3[13] 8[5]	25 5	0 11	1,5 5	19 4 2 2 4	0
Compulsive	2[2] 11[10]	10 10	1 10	0,4 9	3 9 1 1 0	0
Mixtes, atypique ou autres	27		10	9,3	35 6 0	10

a) Il n'est pas clair si les échantillons de ces deux études sont tout à fait distincts.

b) Ces pourcentages sont cumulatifs, les catégories sont mutuellement exclusives.

c) Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs, un sujet peut être classé dans plus d'une catégorie.

d) Dans les crochets, après reclassification des diagnostics mixtes et réévaluation clinique des diagnostics de trouble de la personnalité paranoïde

BR = Score de base (*Base rate score*) point de césure en deçà duquel un sujet est considéré comme ayant le trouble cible.

Le trouble de la personnalité antisociale a reçu une attention particulière puisqu'il est le trouble dont la prévalence est la plus élevée et qu'il est le seul trouble de la personnalité évalué à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins, Helzer, Croughan et Ratcliff, 1981)*, une entrevue semi-structurée utilisée dans de nombreuses études. Comme l'indique le tableau 3, les taux de prévalence du trouble de la personnalité antisociale, évalués selon les critères du DSM-III ou du DSM-III-R dans des échantillons ou sous-échantillons de sujets traités pour trouble lié à l'alcool, varient de 10 % à 53 % (*Dawes, Frank et Rost, 1993; Helzer et Pryzbeck, 1988, Hesselbrock, Meyer et Keener, 1985; Ross, Glaser et Stiasny, 1988*). Pour sa part, Craig (1988) cite sept études qui indiquent un taux variant de 22 % à 50 % lorsque le MMPI est utilisé. Dans la population générale, les données de l'enquête épidémiologique multisite du *Epidemiological Catchment Area (Myers et coll., 1984)* utilisant le DIS indiquent que 14 % des personnes ayant un trouble lié à l'alcool ont aussi un trouble de la personnalité antisociale de même que 18 % des personnes ayant un trouble lié aux drogues illicites. La probabilité de présenter un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale est multipliée par quatre chez les hommes et par douze chez les femmes si un diagnostic de trouble lié à l'alcool est présent (*Helzer et Pryzbeck, 1988*).

TABLEAU 3

**PRÉVALENCE DE LA COMORBIDITÉ TOXICOMANIE/TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
ANTISOCIALE SELON LES CRITÈRES DE L'APA**

ÉTUDE	ÉCHANTILLON	CRITÈRE (trouble lié à l'alcool)	CRITÈRE (TP)	COMORBIDITÉ [toxicomanie/TP antisociale % (n)]
Hesselbrock Meyer et Keener (1985)	Sujets hospitalisés à l'unité des troubles liés à l'alcool	DSM-III (abus+dépendance)	NIMH-DIS (DSM-III)	Hommes(H)= 49% (231) Femmes (F)= 20% (90)
Dawes, Frank et Rost (1993)	Sujets hospitalisés à l'unité des troubles liés à l'alcool	Entrée en traitement	SCID (DSM-III)	23 % (78)
Helzer et Pryzbeck (1988)	Population générale	NIMH-DIS (DSM-III) (abus-dépendance) (n=2653)	NIMH-DIS (DSM-III)	H=15% F=10%
Ross, Glaser et Stiasny (1988)	Centre spécialisé dans le traitement du trouble lié à l'alcool	Entrée en traitement	NIMH-DIS (DSM-III) Présentement ou à vie	Présentement H=40,9% (260) F=22,2% (241) À vie H=52,5% (260) F=28,9% (241)

La présence d'un trouble de la personnalité influence la façon dont un sujet répond au traitement. *Clopton et coll. (1993)* ont indiqué que chez des sujets présentant un trouble de la personnalité, la toxicomanie peut être contrôlée avec succès dans un centre spécialisé de traitement de la dépendance mais que ces sujets nécessitent un investissement de temps et une attention particulière qui pourraient éventuellement dépasser les ressources d'un tel centre. *Kosten, Kosten et Rounsaville (1989)* ont effectué, à l'aide de l'*Addiction Severity Index*, un suivi de deux ans et demi auprès de sujets présentant un trouble lié aux opiacés et ont comparé les sujets présentant un trouble de la personnalité à des sujets ne présentant pas de trouble de la personnalité. Ces auteurs ont constaté que les sujets ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale avaient un score plus élevé à l'échelle de difficulté légale; les sujets ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite, schizotypique, schizoïde ou paranoïde, un score plus élevé à l'échelle de difficultés psychologiques et les sujets ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité histrionique, dépendante ou narcissique, un score plus élevé à l'échelle de difficulté médicale.

Dans une autre étude, *Treece et Nicholson (1980)* ont indiqué que, pour être stabilisés, les sujets présentant un trouble de la personnalité schizoïde nécessitaient des doses plus élevées de méthadone que les sujets présentant un autre type de trouble de la personnalité. Finalement, *Penick et coll. (1990)* ont décrit que les sujets présentant une comorbidité trouble de la personnalité antisociale/toxicomanie manifestaient à la fin du traitement une diminution de la consommation et une réduction des conséquences dues à l'alcool équivalentes aux sujets ne présentant pas d'indices de trouble de la personnalité antisociale. Toutefois, ils ajoutent que lorsque des indices de détresse psychologique sont évalués, les sujets présentant un trouble de la personnalité antisociale manifestaient une détresse plus élevée. La présence d'un trouble de la personnalité influence le pronostic et il semble que les différents troubles de la personnalité modifient le pronostic de façon spécifique. Il est donc important, pour les cliniciens et chercheurs oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie, de départager l'influence relative de ces deux types de troubles chez un sujet donné. Cette tâche peut être facilitée en reprenant chacune des positions énumérées précédemment au sujet du lien entre trouble à l'axe I et trouble à l'axe II pour les appliquer plus spécifiquement à l'interaction trouble de la personnalité/toxicomanie.

La première position met de l'avant que les troubles de la personnalité sont pathogéniques et sont un facteur de vulnérabilité au développement d'un trouble avéré à l'axe I (*Brown, 1992; Nace, 1990*). Dans une telle perspective, le recours aux substances psychoactives n'est qu'une des nombreuses manifestations comportementales de la présence d'un trouble de la personnalité (*O'Malley, Kosten et Renner, 1990*). La toxicomanie serait donc un symptôme du trouble de la personnalité sous-jacent (*Brown, 1992*).

La deuxième position met de l'avant que les troubles de la personnalité sont une conséquence de la toxicomanie. *Bean-Bayog (1986)* propose que le développement d'un trouble lié à l'alcool présente les caractéristiques essentielles de certains traumatismes. Le développement d'un trouble lié à une substance psychoactive entraînerait un changement vers un mode de vie toxicomane dont la dissimulation et la manipulation font partie. Confronté aux conséquences néfastes de ses actes, le sujet a recours aux comportements et aux attitudes mêmes qui ont provoqué ses problèmes. Il se retrouve ainsi dans une situation sans issue. Les comportements initialement associés à la consommation font maintenant partie de sa personnalité. *Nace (1987)* décrit également une régression de la personnalité consécutive à la consommation d'alcool ou de drogues qui entraîne un mode d'interaction et des conditions de vies qui imitent un troubles de la personnalité. La

gratification immédiate que procure la consommation entraîne chez le sujet des attentes similaires face à la vie et aux pairs. Sa personnalité change, le sujet devient impulsif, passif et sa tolérance à la frustration diminue. Nace explique cette régression de la personnalité comme étant une conséquence des effets pharmacologiques de la substance consommée.

La troisième position met de l'avant qu'il n'y a pas de lien étiologique entre les troubles de la personnalité et les troubles de l'axe I. Le lien serait alors dû à un effet pathoplastique des troubles de la personnalité sur les troubles de l'axe I ou à une cause commune sous-jacente. Dans la perspective où le trouble de la personnalité est pathoplastique, celui-ci donne sa forme au comportement de consommation (*O'Malley, Kosten et Renner, 1990*). Le trouble de la personnalité n'entraîne pas la consommation, la consommation n'entraîne pas le trouble de la personnalité et les deux troubles tirent leur origine de causes indépendantes. En opposition à ce point de vue, certains auteurs suggèrent que c'est une cause commune qui crée les deux troubles en parallèle. On pense alors à une déficience dans la régulation de l'humeur, par exemple (*Sher et Trull, 1994*). Dans une étude de cas, *Southwick et Satel (1990)* décrivent trois sujets ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite qui utilisent la consommation comme forme d'automédication. D'une part, une difficulté dans la régulation de l'humeur amène un trouble de la personnalité en rendant les relations interpersonnelles et les conditions de vie de ces sujets instables. D'autre part, le développement d'un trouble lié à une substance est facilité puisque l'effet psychoactif de la substance consommée donne au sujet l'impression de contrôler son humeur, même si le moyen utilisé est artificiel et inadapté.

On peut donc constater que, quelle que soit la position permettant d'expliquer le lien entre trouble de l'axe I et trouble de la personnalité, la toxicomanie peut s'y intégrer. Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de consensus au sujet du lien unissant la toxicomanie et les troubles de la personnalité dans les cas de comorbidité. Ce manque de consensus s'explique probablement par l'absence de lien univoque entre ces deux types de troubles. Une des trois positions pourrait s'appliquer à un cas donné alors que, dans un autre cas, une autre interprétation s'avérerait plus juste. Un tel constat peut apparaître décevant au premier chef, mais tel n'est pas le cas. De fait, la comorbidité est un phénomène complexe qui comporte de nombreuses implications. Ainsi, ces trois positions ne doivent pas être considérées comme étant en opposition mais plutôt comme étant un éventail de réponses à la même question appliquée à différentes situations de vie. La réflexion actuelle sur la comorbidité axe I/axe II se dirige vers une acceptation simultanée et sélective, au cas par cas, de ces différentes hypothèses.

Devant la complexité de la tâche qui confronte cliniciens et chercheurs, il est opportun de rappeler les limites que comporte le choix d'un mode de classification des troubles mentaux. Les troubles de la personnalité et la toxicomanie sont tous deux définis selon une classification par prototype, une méthode qui délimite des populations cliniques hétérogènes. Les sujets sont regroupés selon des manifestations comportementales similaires mais qui ne sont pas nécessairement les mêmes. En outre, ce n'est pas parce que le même diagnostic est appliqué à deux sujets que l'étiologie du trouble présenté est la même puisque la classification de l'APA est athéorique. Si, pour tous les toxicomanes, une substance psychoactive est au coeur de la problématique, l'étiologie du trouble peut être fort différente d'un sujet à l'autre. Elle peut tout aussi bien désigner une réponse à une surcharge émotionnelle provoquée par un deuil ou une rupture ou être indicative de la marginalisation d'un adolescent ayant grandi en côtoyant des pairs toxicomanes. Pour chacun de ces deux sujets, un trouble de la personnalité peut venir compliquer la situation. Toutefois, ce n'est pas parce que ces deux sujets vivent une comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie que cela signifie que le lien sous-jacent à cette comorbidité sera le même. Il s'agit, pour un sujet cible, d'identifier laquelle des positions est appropriée.

Afin de pouvoir identifier quelle position adopter pour un sujet donné, plusieurs auteurs ont cherché à former, à l'intérieur de la population de sujets présentant une comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie, des sous-groupes présentant à la fois une problématique semblable et des besoins plus homogènes. Cependant, les efforts dans cette direction sont éclatés et démontrent un manque de coordination de la part des chercheurs. Certains auteurs ont regroupé les sujets selon la drogue de choix (*Malow, West, Williams et Sutker, 1989*), le nombre de diagnostics (*Rousar, Brooner, Régier et Bigelow, 1994*), la compétence sociale (*Luthar, Glick, Zigler et Rounsaville, 1993*) ou le lieu de la demande initiale de service (*Herrero et Baca, 1990*). Il est ardu de tirer des conclusions de cette documentation puisque les échantillons examinés sont hétérogènes et que les variables prises en compte dans une étude ne sont généralement pas retenues dans les autres études. Il est néanmoins possible d'extraire certains facteurs permettant de faciliter l'identification du lien opérationnel chez un sujet cible. Les intervenants en toxicomanie qui identifient la présence d'un trouble de la personnalité chez un sujet pourront mieux orienter leur plan de traitement en conservant en tête les trois questions suivantes. *Quand la toxicomanie est-elle apparue dans l'histoire de vie du sujet? Quelle est la fonction de la consommation dans la vie du sujet? Quelles sont les pressions du milieu d'identification du sujet relativement à sa consommation ou à l'abstinence?* Ces questions doivent être posées en fonction de l'état actuel du sujet mais également dans le cadre de l'histoire de vie du sujet.

Nous aborderons maintenant chacune de ces questions en suggérant de quelle manière certaines interventions déjà fréquemment utilisées dans le traitement de la toxicomanie peuvent contribuer au traitement d'une comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie.

Survenue de la toxicomanie

À la question de la survenue de la toxicomanie dans l'histoire de vie du sujet, il faut rappeler qu'un trouble de la personnalité se développe dans l'enfance ou l'adolescence et se maintient dans la vie adulte alors que la toxicomanie apparaît souvent à l'âge adulte. En examinant l'histoire de vie d'un sujet, il est possible de déterminer l'antériorité d'un trouble par rapport à l'autre, c'est-à-dire d'identifier quel trouble est apparu le premier. Schuckit (1979) rappelle que, dans les cas de comorbidité, il est important, pour l'élaboration du plan de traitement et pour l'intervention elle-même, d'identifier quel trouble est apparu en premier. En d'autres termes, il faut identifier le trouble primaire. Un trouble de la personnalité peut être primaire par rapport à une toxicomanie; une toxicomanie peut être primaire par rapport au développement d'une désorganisation de la personnalité imitant un trouble de la personnalité ou les deux troubles peuvent apparaître de façon simultanée dans le développement du sujet.

Si les signes de troubles de la personnalité étaient présents *avant la toxicomanie*, on doit examiner de quelle manière la dépendance s'inscrit à l'intérieur des manifestations du trouble de la personnalité. Une hypothèse serait alors que la toxicomanie est un symptôme du trouble de la personnalité. Si tel est le cas, on peut s'attendre à une série de rechutes tant que le trouble de la personnalité, qui est à l'origine de la toxicomanie, ne sera pas traité (Brown, 1992).

Si la toxicomanie est apparue *avant les premiers signes de désorganisation* de la personnalité, une hypothèse serait alors que cette désorganisation est une conséquence du développement d'un mode de consommation pathologique. Si tel est le cas, il est probable que les signes de désorganisation disparaîtront ou diminueront de façon significative avec l'arrêt de la consommation (Penick et coll., 1990). Toutefois, il faut se rappeler que l'arrêt de consommation n'est pas synonyme d'intégration sociale (Luthar, Glick, Zigler et Rounsaville, 1993). C'est dans cette optique que l'axe V fut intégré à l'évaluation multiaxiale du DSM-III et de ces successeurs. Le niveau de fonctionnement optimal manifesté par un sujet avant l'apparition d'un trouble lié à une substance psychoactive

indique le niveau de fonctionnement auquel on peut s'attendre suite à l'arrêt de la consommation. Si le sujet présentait un fonctionnement carencé avant le développement du trouble, alors une intervention axée spécifiquement sur ces carences devra être envisagée. *Monti, Abrams, Kadden et Cooney (1988)* ont développé un programme d'apprentissage des habiletés sociales spécifiquement conçu pour les besoins des sujets présentant un trouble lié à une substance psychoactive.

Si le trouble de la personnalité et la toxicomanie furent tous deux *partie intégrante du développement du sujet*, il sera alors d'autant plus difficile de départager ce qui est une conséquence ou une manifestation de l'un ou de l'autre dans les difficultés que présente le sujet. L'intervention devra tenir compte de l'interaction quasi inextricable de ces deux troubles. La recherche d'une cause commune dans la socialisation ou dans les caractéristiques psychologiques du sujet sera alors l'avenue d'exploration vraisemblablement la plus profitable. Une difficulté dans la régulation de l'humeur, une identification à des normes sociales déviantes ou même une vulnérabilité biologique rendant un sujet particulièrement sensible au stress sont les causes communes les plus souvent citées comme pouvant entraîner le développement parallèle d'un trouble de la personnalité et de la toxicomanie (*Sher et Trull, 1994*).

À la seconde question ayant pour objet la *fonction de la consommation dans la vie du sujet*, il faut rappeler qu'un grand nombre de sujets ont recours à des substances psychoactives afin de "régler des problèmes". Dans l'étude de cas de *Southwick et Satel (1990)* précédemment mentionnée, le sujet C. consommait de l'alcool ou de l'héroïne parce que cette consommation avait sur lui un effet sédatif qui lui permettait d'éviter de réagir de façon violente lorsqu'il était contrarié. C. présentait un diagnostic de troubles de la personnalité limite. Dans le cas de Danny décrit par *O'Malley, Kosten et Renner (1990)*, la consommation de cocaïne lui permettait d'avoir l'énergie et la confiance en lui nécessaires à la réalisation des objectifs exigeants qu'il s'était fixés. Danny présentait un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique. Dans ces deux cas, l'identification de la fonction de la consommation a donné un point de départ à l'intervention ainsi que des indices quant à la nature de l'interaction entre le trouble de la personnalité sous-jacent et le trouble lié à une substance psychoactive. De nombreuses grilles d'auto-observation de la consommation permettent aux cliniciens d'identifier la fonction de la consommation chez un sujet (*Sanchez-Craig, 1984, Marlatt et Gordon, 1985*).

À la troisième question qui explore les *pressions du milieu d'identification du sujet face à la consommation et à l'abstinence*, il faut garder en mémoire que si la toxicomanie peut trouver sa source dans la vie intrapersonnelle d'un sujet, celle-ci peut également être renforcée par le milieu

social dans lequel ce sujet est ancré. Dans certains milieux, la prise d'alcool ou de produits illicites est un facteur d'identification et de statut. Pour un sujet provenant d'un tel milieu, prôner les vertus de l'abstinence peut entraîner une confrontation du sujet avec ses pairs au sujet de la consommation. Il devient alors important d'explorer les implications de la consommation et de l'abstinence en relation à l'identité sociale du sujet. Une référence à des groupes de soutien, tels les Alcooliques anonymes ou autres, permettra aux sujets de tisser un nouveau réseau social où la consommation ne sera pas un facteur d'acceptation (Nace, 1990).

Enfin, un grand nombre de chercheurs s'entendent sur la nécessité d'intervenir spécifiquement en regard du trouble lié à une substance psychoactive dès que celui-ci est identifié (*Blume, 1989; Nace, 1990; O'Malley, Kosten et Renner, 1990; Southwick et Satel, 1990*), y compris les auteurs qui perçoivent la toxicomanie comme le symptôme d'une carence sous-jacente de la personnalité (*Brown, 1992*). Un trouble lié à une substance psychoactive est en effet un facteur qui complique le traitement des troubles concomitants (*O'Malley, Kosten et Renner, 1990*). D'ailleurs, certains auteurs considèrent qu'un traitement axé sur la toxicomanie constitue une bonne préparation au traitement d'un trouble de la personnalité. Un trouble de la personnalité étant égo-syntonique, en accord avec la personnalité, les sujets sont souvent peu enclins ou trouvent difficile d'aborder la question de leur personnalité puisque celle-ci ne leur apparaît pas comme problématique. *Southwick et Satel (1990)* estiment qu'aborder la consommation et les problèmes qu'elle entraîne constitue un bon moyen d'avoir accès au vécu émotionnel de ces sujets. Ces auteurs ajoutent de plus que travailler un comportement que les sujets reconnaissent eux-mêmes comme problématique permet de créer un lien thérapeutique. Également, *Nace (1990)* rappelle que certaines caractéristiques de la plupart des programmes de traitement de la toxicomanie correspondent aux premières étapes d'un traitement pour trouble de la personnalité. Celui-ci mentionne la structure de l'environnement de traitement, l'accent sur l'expression des émotions plutôt que sur leur évitement de même que l'examen du mode d'interaction interpersonnel. Si un traitement de la toxicomanie ne peut être suffisant pour éliminer la présence d'un trouble de la personnalité concomitant, l'inverse est également vrai. Un traitement pour trouble de la personnalité ne peut être suffisant pour éliminer la présence d'une toxicomanie. Afin de pallier cet état de fait, une meilleure coordination des programmes axés vers le traitement de l'un ou de l'autre de ces troubles ne peut être qu'encouragée.

XII - CONCLUSION

Les troubles de la personnalité sont caractérisés par la présence d'un patron persistant, rigide et généralisé de comportements qui apparaissent selon un tableau reconnaissable. L'étude du lien entre les troubles de la personnalité et les syndromes cliniques, dont la toxicomanie, a pris un essor considérable en Amérique du Nord suite à l'introduction, dans la nosologie psychiatrique, de l'évaluation multiaxiale dans le DSM-III en 1980. Trois positions sont défendues dans la documentation au sujet du lien unissant les syndromes cliniques de l'axe I et les troubles de la personnalité de l'axe II. La première met de l'avant que les troubles de la personnalité sont pathogéniques, c'est-à-dire qu'ils entraînent le développement des troubles de l'axe I. La deuxième perçoit les troubles de la personnalité comme une expression subclinique ou en développement des troubles de l'axe I. Finalement, la troisième position ne reconnaît pas de lien étiologique entre les troubles des deux axes, mais suggère un développement parallèle de ces deux types de troubles ou la présence d'un facteur commun pouvant entraîner simultanément l'un et l'autre.

La problématique de la comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie comporte un intérêt particulier. En effet, les troubles de la personnalité sont présents de façon fréquente et diversifiée dans le profil de sujets ayant également un trouble lié à une substance psychoactive. Les positions suggérées au sujet du lien unissant les troubles de l'axe I aux troubles de l'axe II s'appliquent également au lien trouble de la personnalité/toxicomanie. L'une ou l'autre de ces positions sont appropriées dans certains cas, alors qu'elles ne le sont pas dans d'autres. Toutefois, certaines questions peuvent aider les évaluateurs ou les cliniciens dans l'identification du lien à l'oeuvre chez un sujet cible. Quand la toxicomanie est-elle apparue dans le développement du sujet? Quelle est la fonction de la consommation dans la vie du sujet? Est-ce que la consommation s'inscrit à l'intérieur des normes sociales du milieu d'identification de l'individu? L'examen de ces questions permet aux chercheurs comme aux intervenants de se situer quant à l'importance relative la toxicomanie et du trouble de la personnalité. Plusieurs auteurs recommandent une intervention spécifique axée sur la toxicomanie dès qu'un tel trouble est identifié. En effet, la toxicomanie complique le traitement des troubles concomitants et une telle intervention constitue la première étape du traitement d'un trouble de la personnalité. L'optimisation de l'efficacité des interventions auprès des sujets présentant une comorbidité trouble de la personnalité/toxicomanie dépend de la coordination des programmes offrant des services spécifiques pour ces problématiques.

RÉFÉRENCES

- AKISKAL, H.S., KHANI, M.K. ET SCOTT-STRAUSS, A. (1979). Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 527-554.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1ère éd., rev.)*. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2ème éd.)*. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ème éd.)*. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ème éd., rev.)*. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ème éd.)*. Washington, DC.
- BEAN-BAYOG, M. (1986). Psychopathology produced by alcoholism. In R.E. Meyer (éd.), *Psychopathology and addictive disorders (Chapitre 14, 334-345)*. New York : Guilford.
- BECKER, J. (1977). *Affective disorders*. New York : General Learning Press.
- Bishop, D. R. (1993). Validity issues in using the Millon-II with substance abusers. *Psychological Reports*, 73, 27-33.
- BLASHFIELD, R.K. et McELROY, R.A. (1987). The 1985 journal literature on the personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 536-546.
- BLUME, S.B. (1989). Dual diagnosis : psychoactive substance dependence and the personality disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 139-144.
- BROWN, H.P. (1992). Substance abuse and the disorders of the self: examining the relationship. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9, 1-27.
- BRYER, J.B., MARTINES, K.A. ET DIGNAN, M.A. (1990). Millon Clinical Multiaxial Inventory Alcohol Abuse and Drug Abuse scales and the identification of substance abuse patients. *Psychological Assessment*, 2, 438-441.
- CALSYN, D.A. ET SAXON, A.J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the*

Addictions, 25, 1037-1049.

CALSYN, D.A., SAXON, A.J. et DAISY, F. (1990). Validity of the MCMI Drug Abuse Scale with drug abusing and psychiatric samples. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 244-246.

CALSYN, D.A., SAXON, A.J. et DAISY, F. (1991). Validity of the MCMI Drug Abuse Scale varies as a function of drug choice, race, and Axis II subtypes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 153-159.

CATTELL, R.B. et DREGER, R.M. (éds)(1977). *Handbook of modern personality theory*. Washington, DC : Hemisphere.

CONRAD, P. et SCHNEIDER, J.W. (1980). *Deviance and medicalization : from badness to sickness*. St-Louis, MO : Mosby.

CORMIER, D. (1984). *Toxicomanies : styles de vie*. Chicoutimi, Canada : Gaëtan Morin.

CRAIG, R.J. (1988). A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. *International Journal of the Addictions*, 23, 115-124.

CRAIG, R.J. et OLSON, R.E. (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 230-237.

CRAIG, R.J. et WEINBERG, D. (1992a). Assessing alcoholics with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 200-208.

CRAIG, R.J. et WEINBERG, D. (1992b). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.

DAWES, M.A., FRANK, S. et ROST, K. (1993). Clinician assessment of psychiatric comorbidity and alcoholism severity in adult alcoholic patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 377-386.

DOCHERTY, J.P., FEISTER, S.J. et SHEA, T. (1986). Syndrome diagnosis and personality disorder. *American Psychiatric Association Annual Review*, 5, 315-355.

DOUGHERTY, R.J. et LESSWING, N.J. (1989). Inpatient cocaine abusers : an analysis of psychological and demographic variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 45-47.

DRAKE, R.E. et VAILLANT, G.E. (1985). A validity study of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 142, 553-558.

EYSENCK, H.J. (1970). *The structure of human personality (3ème éd)*. Londres : Methuen.

- FLYNN, P.M. et McMAHON, R.C. (1983a). Stability of the Drug Misuse Scale of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Psychological Reports*, 52, 536-538.
- FLYNN, P.M. et McMAHON, R.C. (1983b). Indicators of depression and suicidal ideation among drug abusers. *Psychological Reports*, 52, 784 -786.
- FLYNN, P.M. et McMAHON, R.C. (1984). An examination of the Drug Abuse Scale of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *International Journal of the Addictions*, 19, 459-468.
- FRANCES, A. (1980). The DSM-III personality disorders section : a commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.
- FRANCES, A. et WIDIGER, T.A. (1986). *Methodological issues in personality disorder diagnosis*. In G.L. Klerman et T. Millon (éds.), *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV* (Chapitre 19, pp. 381-400). New York : Guilford.
- GLASS, I.B. et JACKSON, P. (1988). Maudsley Hospital survey: prevalence of alcohol problems and other psychiatric disorders in a hospital population. *British Journal of Addiction*, 83, 1105-1111.
- GOLDBERG, J.O., SHAW, B.F. et SEGAL, Z.V. (1987). Concurrent validity of the Millon Clinical Multiaxial Inventory Depression Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 785-787.
- GROB, G.N. (1991). Origins of DSM : a study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421-431.
- HATHAWAY, S.R. et McKINLEY, J.C. (1945). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York : Psychological Corporation.
- HELZER, J.E. et PRYZBECK, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- HERRERO, M.E. et BACA, E. (1990). Specific treatment demand as a defintory trait of a typology in heroin addicts : differential profile of two subpopulations. *International Journal of the Addictions*, 25, 65-79.
- HESELBROCK, M.N., MEYER, R.E. et KEENER, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- HESELBROCK, V., STABENAU, J., HESELBROCK, M., MIRKIN, P. et MEYER, R.

(1982). A comparison of two interview schedules : the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime and the National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 39, 674-677.

HOROWITZ, L., WRIGHT, J.C., LOWENSTEIN, E. et PARAD, H.W. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology : 1. A method for deriving prototypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 568-574.

HOROWITZ, L.M., POST, D., FRENCH, R., WALLIS, K. et SIEGELMAN, E. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgements. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.

HYLER, S., RIEDER, R., SPITZER, R. et WILLIAMS, J. (1982). *The Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*. New York : New York State Psychiatric Institute.

KAPLAN, H.I. et Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of psychiatry (6ème éd)*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

KERNBERG, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven : Yale University Press.

KHANTZIAN, E.J. et TREECE, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1067-1071.

KIRK, S.A. et KUTCHINS, H. (1992). *The selling of DSM : the rhetoric of science in psychiatry*. New York : de Gruyter.

KLEIN, M.H. (1993). Issues in the assessment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders [Supplement to spring 1993 : the NIMH Williamsburg Conference on Personality Disorders]*. 18-33.

KLERMAN, G.L. (1973). The relationship between personality and clinical depressions: overcoming the obstacles to verifying psychodynamic theories. *International Journal of Psychiatry*, 11, 227-233.

KOENIGSBERG, H.W., KAPLAN, R.D., GILMORE, M.M. et COOPER, A.M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III : experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 207-212.

KOSTEN, T.A., KOSTEN, T.R. et ROUNSAVILLE, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.

LOEVINGER, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports*, 3, 635-694.

- LORANGER, A., SUSMAN, V., OLDHAM, J. et RUSSAKOFF, L.M. (1987). Personality disorder examination: a preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1-13.
- LORR, M. (1986). *Classifying psychotics : dimensional and categorical approaches*. In G.L. Klerman et T. Millon (éds.), *Contemporary directions in psychopathology : toward the DSM-IV* (Chapitre 16, pp. 331-345). New York : Guilford.
- LUTHAR, S.S., GLICK, M., ZIGLER, E. et ROUNSAVILLE, B.J. (1993). Social competence among cocaine abusers : moderating effects of comorbid diagnoses and gender. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 283-298.
- MALOW, R.M., WEST, J.A., WILLIAMS, J.L. et SUTKER, P.B. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767.
- MARLATT, G.A. et GORDON, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York : Guilford.
- MARSH, D.T., STILE, S.A., STOUGHTON, N.L. et TROUT-LANDEN, B.L. (1988). Psychopathology of opiate addiction : comparative data from the MMPI and MCMI. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 17-27.
- MCCMAHON, R.C., FLYNN, P.M. et DAVIDSON, R.S. (1985). The personality and symptoms scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory : sensitivity to posttreatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 862-866.
- MCCMAHON, R.C. et DAVIDSON, R.S. (1986). Concurrent validity of the clinical symptom syndrome scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 908-912.
- MCCRANIE, E.J. (1971). Depression, anxiety and hostility. *Psychiatric Quarterly*, 45, 117-133.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology*. Prospect Heights, IL : Waveland.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of personality. DSM-III : Axis II*. New York : Wiley.
- MILLON, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- MILLON, T.D. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders : the MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.
- MILLON, T. (1986). *On the past and future of the DSM-III : personal recollections and projections*. In G.L. Klerman et T. Millon (éds.), *Contemporary directions in psychopathology : toward the DSM-IV* (Chapitre 2, pp. 29-70). New York : Guilford.

MILLON. (1990). *The disorders of personality*. In L.A. Pervin (éd.), *Handbook of personality : theory and research* (Chapitre 13, pp. 339-370). New York : Guilford.

MISCHEL, W. (1981). *Introduction to personality*. New York : Holt, Rinehart and Winston.

MONTI, P. M., ABRAMS, D. B., KADDEN, R. M. et COONEY, N. L. (1988). *Treating alcohol dependence : A coping skills training guide*. New York : Guilford.

MYERS, J.K., WEISSMAN, M.M., TISCHLER, G.L., HOLZER III, C.E., LEAF, P.J., ORVASCHEL, H., ANTHONY, J.C., BOYD, J.H., BURKE, J.D., KRAMER, M. et STOLTZMAN, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities : 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.

NACE, E.P. (1990). Substance abuse and personality disorder. *Journal of Chemical Dependency Treatment [Special Issue : managing the dually diagnosed patient : current issues and clinical approaches]*, 3, 183-198.

O'MALLEY, S.S., KOSTEN, T.R., et RENNER J.A. (1990). Dual diagnoses : substance abuse and personality disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 47, 115-137.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1992). *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris/Genève : Masson/auteur.

PAYKEL, E.S., KLERMAN, G.L. et PRUSOFF, B.A. (1976). Personality and symptom pattern in depression. *British Journal of Psychiatry*, 129, 327-334.

PENICK, E.C., NICKEL, E.J., CANTRELL, P.F., POWELL, B.J., READ, M.R. et THOMAS, M.M. (1990). The emerging concept of dual diagnosis : an overview and implications. *Journal of Chemical Dependency Treatment [Special Issue : managing the dually diagnosed patient : current issues and clinical approaches]*, 3, 1-27.

ROBINS, L.N., HELZER, J.E., CROUGHAN, J. et RATCLIFF, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

RORSCHACH, H. (1921). *Psychodiagnostics*. Bern : Huber.

ROSS, H.E., GLASER, F.B. et STIASNY, S. (1988). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. *British Journal of Addiction*, 83, 1179-192.

ROUSAR, E., BROONER, R.K., REGIER, M.W. et BIGELOW, G.E. (1994). Psychiatric distress

in antisocial drug abusers : relation to other personality disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 149-154.

SANCHEZ-CRAIG, M. (1984). *Therapist's manual for secondary prevention of alcohol problems*. Toronto : Addiction Research Foundation.

SARTORIUS, N. (1991). *Introduction*. In N. Sartorius, A. Jablensky, D. Régier, J. Burke et R. Hirschfield (éds), *Sources and traditions of classification in psychiatry* (pp. 1-6). Lewiston, NY : Hogrefe & Huber.

SCHUCKIT, M.A. (1979). *Alcoholism and affective disorder : diagnostic confusion*. In D.M. Goodwin et C.K. Erickson (éds), *Alcoholism and affective disorders* (pp. 9-19). New York : SP Medical and Scientific Books.

SHER, K.J. et TRULL, T.J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 92-102.

SOUTHWICK, S.M. et SATEL, S.L. (1990). Exploring the meanings of substance abuse: an important dimension of early work with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*; 1990, 44, 61-67.

SPITZER, R., WILLIAMS, J. et GIBBON, M. (1985). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 7/1/85 Revision)*. New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

SPITZER, R., WILLIAMS, J. et SKODOL, A. (1980). DSM-III : the major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 151-164.

STANGL, D., PFOHL, B., ZIMMERMAN, M., BOWERS, W. et CORENTHAL, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders : a preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.

STEIN, D.J., HOLLANDER, E. et SKODOL, A.E. (1993). Anxiety disorders and personality disorders : a review. *Journal of Personality Disorders*, 7, 87-104.

SZASZ, T.S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.

WEISS, R.D., MIRIN, S.M., MICHAEL, J.L. et SOLLOGUB, A.C. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 121, 17-29.

WIDIGER, T.A. et FRANCES A.J. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychological Review*, 7, 49-75.

WIDIGER, T.A. et FRANCES, A.J. (1988). *Personality disorders*. In J.A. Talbott, B.E. Hales et

S.C. Yudofsky (éds), The American Psychiatric Press textbook of psychiatry (chapitre 20, pp. 621-648). Washington, DC : American Psychiatric Press.

WIDIGER, T.A., TRULL, T., HURT, S., CLARKIN, J. et FRANCES, A. (1987). A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 557-563.

WIDIGER, T.A., WILLIAMS, J.B.W., SPITZER, R.L. et FRANCES, A. (1985). The MCMI as a measure of DSM-III. *Journal of Personality Assessment*, 49, 366-378.

YATES, W.R., PERRY, P.J. et ANDERSEN, K.H. (1990). Illicit anabolic steroid use : a controlled personality study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 548-550.

ZIMMERMAN, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General psychiatry*, 51, 225-245.

ZUCKERMAN, M. (1979). Traits, states, situations and uncertainty. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 43-54.

ANNEXE

**L'UTILISATION DU *MILLON CLINICAL*
*MULTIAXAL INVENTORY EN TOXICOMANIE***

Le MCMI a été choisi par le groupe de Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) pour effectuer une étude de prévalence des troubles de la personnalité dans les centres de réadaptation en toxicomanie du Québec. Pourquoi le MCMI pour l'évaluation des troubles de la personnalité? Les principaux avantages du MCMI sont la facilité et la rapidité lors de sa passation. De plus, en n'ayant pas d'examineur pour poser les questions ni pour effectuer le jugement diagnostique, le biais lié à l'examineur est éliminé lors de la passation. Par contre, si le sujet est seul lorsque le questionnaire est complété, la possibilité de mauvaise compréhension des questions est maximisée. Le moment et la circonstance dans lesquels le questionnaire est rempli peuvent également biaiser les réponses (*Widiger et Frances, 1988*), particulièrement s'il y a comorbidité. La réponse à certaines questions peut être influencée du fait que le sujet complète le questionnaire dans un moment de dépression ou d'anxiété. Toutefois, comme le MCMI présente une bonne fidélité test-retest (*Millon, 1983*) et que la plupart des questions sont indirectes, générales et portent sur des situations ou des perceptions de longue date, il semble justifié de croire que le patron de réponse aux questions est peu influencé par l'état ponctuel du sujet.

Autre avantage important, le MCMI fut développé à partir d'une théorie par opposition au MMPI, par exemple, qui fut développé par pur empirisme d'exploration. Les jugements diagnostiques comportent des implications qui découlent de la théorie et sont ainsi plus facilement compréhensibles et mieux fondés au niveau clinique. Le MCMI représente l'opérationnalisation de la taxonomie de Millon et n'est pas, strictement parlant, un instrument de mesure des critères du DSM-III (*Millon, 1985*). Bien que la taxonomie de Millon et la classification DSM-III dénombrent principalement les mêmes troubles de la personnalité, qu'elles possèdent une terminologie commune et qu'elles sont basées sur une même conception générale des troubles de la personnalité, les deux modèles n'utilisent pas exactement les mêmes critères diagnostiques. Les critères de Millon visent à identifier des attitudes ou des patrons de comportement qui sous-tendent conceptuellement un trait de personnalité donné alors que le DSM-III procède à une énumération de manifestations comportementales (*Millon, 1985*). Les critères du MCMI sont souvent indirects alors que ceux du DSM-III sont plus directs (*Widiger, Williams, Spitzer et Frances, 1985*). Toutefois, *Millon (1985)* rappelle que les critères du DSM-III constituent des indices qui doivent être obtenus de différentes sources d'informations. Les questionnaires autorévélés, tels le MCMI, ne sont qu'une seule de ces sources. En effet, ces instruments sont limités dans la nature des informations qu'ils peuvent recueillir de façon directe. Dans le cas du trouble de la personnalité antisociale par exemple, il n'est pas justifié de croire qu'une information fiable et valide sera recueillie en posant une question telle: "N'avez-vous aucun respect pour la vérité et mentez-vous

souvent de façon volontaire?” Dans un tel cas, l’utilisation de questions indirectes diminue la validité apparente de l’instrument (*Widiger, Williams, Spitzer et Frances, 1985*) mais augmente la validité prédictive de celui-ci (*Millon, 1985*).

Les caractéristiques du Millon Clinical Multiaxial Inventory

Le MCMI (*Millon, 1983*) est un questionnaire autorévéélé consacré à l’évaluation de l’ensemble des troubles de la personnalité. Le sujet répond par un oui ou par un non à 175 énoncés qui correspondent à son vécu, ses sentiments ou à sa situation de vie. Les réponses aux questions s’assemblent selon des scores indicatifs de la présence d’un ensemble de comportements et d’attitudes qui constituent des syndromes de trouble de la personnalité. Ces syndromes sont en accord avec la taxonomie des troubles de la personnalité de *Millon (1969; 1981)*. Cette taxonomie reconnaît trois troubles de la personnalité pathologiques, soit les troubles de la personnalité schizotypique, limite (borderline) et paranoïde; de même que huit patrons de troubles de la personnalité de base, soit les troubles de la personnalité schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, compulsive et passive-agressive. Les résultats sont représentés sous la forme d’un profil composé d’échelles qui correspondent aux troubles de la personnalité reconnu dans la taxonomie. En plus des 11 échelles pour les troubles de l’axe II, le MCMI comprend également neuf échelles pour mesurer les troubles les plus fréquemment recensés à l’axe I. Les échelles de l’axe I sont les suivantes : anxiété, somatisation, hypomanie, dysthymie, abus d’alcool, abus de drogue, trouble de la pensée, dépression psychotique, idée délirante.

Dans le manuel d’instruction, *Millon (1983)* décrit que le développement et la validation du MCMI furent effectués selon les directives psychométriques de *Loevinger (1957)*. Rappelons, sommairement, les principales données que Millon présente concernant la validité et la fidélité de l’instrument. Les scores de base (base rate, BR), qui représentent le score final des échelles, furent fixés à partir des résultats de 43 218 sujets. Pour la validation, la standardisation de ces scores de même que la détermination des seuils limites furent basés sur la capacité de l’instrument de distinguer différentes populations cliniques à l’intérieur d’une population psychiatrique générale plutôt que sur la capacité de distinguer des sujets “normaux” de sujets présentant un trouble. L’instrument tient donc compte de la nécessité et de la difficulté d’effectuer des diagnostics différentiels. Par contre, les scores ne sont pas validés pour une utilisation auprès d’une population dite “normale”. Des échantillons de trois centres pour le traitement de la toxicomanie firent partie

des groupes sélectionnés pour le développement des normes de l'instrument. La validité de comparaison du MCMI fut évaluée par des études de corrélations avec des échelles conceptuellement reliées provenant du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), des échelles MMPI de *Wiggins*, du *Psychological Screening Inventory* (PSI) et du *Symptom Checklist* (SCL-90). Le MCMI en est maintenant à sa troisième version. Le MCMI va de pair avec le DSM-III, le MCMI-II avec le DSM-III-R et le MCMI-III avec le DSM-IV. Concernant la fidélité, les coefficients test-retest des échelles spécifiques varièrent de 0,73 à 0,95 dans un ensemble de trois études utilisant quatre échantillons différents.

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory et la toxicomanie

Le MCMI est fréquemment utilisé avec des populations toxicomanes (*Craig et Weinberg, 1992a, 1992b*). L'ensemble des échelles présentent des coefficients de stabilité test-retest modéré ou élevé, la stabilité des échelles de trouble de la personnalité étant, en moyenne, plus élevée que celle des échelles de symptômes cliniques (*Flynn et McMahon, 1983a, 1984; McMahon, Flynn et Davidson, 1985*). Il n'y a pas de contre-indication à faire compléter le questionnaire en début de traitement pour des sujets toxicomanes en autant qu'une désintoxication ait eu lieu et que le sujet ne soit pas en état d'intoxication ou de sevrage (*Millon, 1983*). *Bishop (1993)* a vérifié s'il y avait une corrélation entre les désordres neuropsychologiques présentés par les sujets et la probabilité de compléter le questionnaire de façon invalide. Bien que 17% des sujets aient présenté des résultats invalides, il n'y a pas de relation entre les désordres neuropsychologiques et l'invalidité des résultats. Les meilleurs facteurs de prédiction de résultats invalides furent le niveau de scolarité chez les hommes et l'âge chez les femmes. Il est difficile de mettre en perspective les résultats de Bishop puisqu'il n'existe pas d'autre étude offrant de données comparables.

Le MCMI a permis d'identifier des taux de comorbidité similaires à ceux mesurés à l'aide d'entrevues structurées (*Craig et Olson, 1990; Dougherty et Lesswing, 1989*). *Craig (1988)* suggère toutefois que le MCMI semble diagnostiquer plus souvent le trouble de la personnalité paranoïde et moins souvent le trouble de la personnalité antisociale que ne l'indique le reste de la documentation. Néanmoins, après avoir effectué une redistribution des sujets diagnostiqués dans la catégorie trouble de la personnalité mixte ainsi qu'une réévaluation clinique des sujets identifiés comme présentant un trouble de la personnalité paranoïde, Craig a obtenu des taux similaires à ceux présentés dans le reste de la documentation (voir colonne 1, tableau 2). Les troubles les plus

fréquemment identifiés par le MCMI sont les troubles de la personnalité narcissique, antisociale et dépendante.

Les échelles de troubles liés aux substances psychoactives (alcool et drogue) présentent de piètres résultats dans l'identification des sujets dépendants. Ainsi, l'échelle abus d'alcool permet d'identifier 43% des sujets (Bryer, Martines et Dignan, 1990) et l'échelle d'abus de drogue 49%, 39%, 51% ou 49% respectivement (Bryer et coll.; Calsyn, Saxon et Daisy, 1990, 1991; Marsh et coll., 1988). Bryer et coll. indiquent un taux de faux positifs supérieur à 50% pour les deux échelles alors que Calsyn et coll. (1991) indiquent un taux de 12%. De plus, Calsyn et coll. (1991) indiquent qu'il est plus fréquent que les sujets de race noire présentent une élévation à l'échelle d'abus de drogue. En conclusion, ces échelles ne sont pas recommandées pour l'identification de troubles liés aux substances psychoactives.

Une étude détaillée des questions composant les échelles Alcool et Drogue permet d'identifier la raison de cette lacune. Ainsi, plus de 60% des questions composant le score de l'échelle Alcool sont indirectes et basées sur des conséquences psychologiques et sociales possibles de la consommation (par exemple, MCMI-II, q. 25: "*Les autres semblent savoir plus que moi qui ils sont et ce qu'ils veulent*"), 5 des 11 questions directes portent sur la consommation de substances autres que l'alcool et 4 des 11 questions directes sont formulées au passé. Cela ne laisse donc que 5 questions sur 46 qui évaluent de façon directe la consommation actuelle d'alcool et 6 questions sur 46 qui évaluent les conséquences physiologiques possibles de cette consommation (par exemple, MCMI-II, q. 96: "*Ces dernières semaines, je me sens épuisé(e) sans raison*"). Un sujet qui présente une dépendance à l'alcool, mais qui n'a pas commencé à subir l'ensemble des conséquences psychologiques et sociales négatives associées à celle-ci, ne répondra donc qu'à environ cinq des 46 questions de l'échelle et ce, même sans aucun déni de sa consommation. À l'opposé, un sujet qui n'a aucun trouble lié à l'alcool mais qui se sent "mal dans sa peau" pourra répondre positivement à un ensemble de 29 questions qui élèveront son score à cette échelle sans que la consommation d'alcool ou de drogue ne soit mentionnée. Cet examen des questions constituant les échelles Alcool et Drogue explique les piètres résultats des études qui tentent d'identifier les sujets présentant un diagnostic lié à l'alcool ou aux drogues à l'aide du MCMI.

Les autres échelles de syndromes cliniques présentent des corrélations statistiquement et cliniquement significatives avec un ensemble d'échelles du *Profile of Mood Scale (POMS)* mesurant l'anxiété ou la dépression de façon directe ou indirecte (McMahon et Davidson, 1986).

Également, les échelles de dysthymie (D) et de dépression psychotique (CC) présentent une concordance faible, mais significative, avec des rapports autorévévés d'idéation suicidaire ou d'humeur dépressive empruntés du sondage du *Treatment Outcome Prospective Study (TOPS, Flynn et McMahon, 1983b)*. Enfin, les échelles D et CC présentent des corrélations significatives avec les mesures de dépression que sont le *Beck Depression Inventory (BDI)* et le *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*(Goldberg, Shaw et Segal, 1987). Les corrélations avec le BDI (0,62 pour les deux échelles) sont plus élevées qu'avec le HRSD (0,37 avec échelle D; 0,45 avec échelle CC). *Goldberg et coll.* expliquent ces derniers résultats par le fait que le MCMI, à l'opposé du HRSD, met peu d'accent sur les symptômes végétatifs et physiques de la dépression. L'ensemble de ces résultats ajoutés à ceux présentés dans le manuel d'instruction du MCMI (*Millon, 1983*) confirment la validité de comparaison des échelles de syndromes cliniques du MCMI. Le fait que les corrélations soient généralement modérées plutôt qu'élevées est un avantage puisque cela implique que l'instrument évalue le bon construit tout en apportant des informations nouvelles. De même, le fait que de nombreuses échelles ou questions extraites d'instruments reconnus et validés (BDI; HRSD; MMPI; POMS; PSI SCL-90; POMS; TOPS) convergent pour confirmer la validité de construit de ces échelles.

Le MCMI s'avère être un questionnaire autorévévé valide et fiable pour l'évaluation des troubles de la personnalité en accord avec la classification de l'APA. Il n'y a pas de contre-indication quant à son utilisation dans une population toxicomane en autant qu'il ne soit pas complété en période d'intoxication ou de sevrage aigu, c'est-à-dire de 10 à 15 jours après l'admission en traitement. Bien que les qualités psychométriques soient plus robustes pour les échelles mesurant les troubles de la personnalité, les données concernant les échelles de syndromes cliniques sont satisfaisantes, au moins comme outil de dépistage. Cependant, les échelles d'abus d'alcool et de drogue ne permettent pas d'identifier les sujets présentant de tels troubles.