

**UNIVERSITÉ DE LIMOGES**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**DOYEN DE LA FACULTÉ :**

Monsieur le Professeur **VALLEIX** Denis

**ASSESEURS :**

Monsieur le Professeur **LASKAR** Marc

Monsieur le Professeur **MOREAU** Jean-Jacques

Monsieur le Professeur **PREUX** Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :**

*\* C.S = Chef de Service*

**ACHARD** Jean-Michel  
PHYSIOLOGIE

**ADENIS** Jean-Paul (C.S)  
OPHTALMOLOGIE

**ALAIN** Sophie  
BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE

**ALDIGIER** Jean-Claude (C.S)  
NEPHROLOGIE

**ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX** Françoise (C.S)  
MEDECINE INTERNE

**ARNAUD** Jean-Paul (C.S)  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**AUBARD** Yves (C.S)  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**BEAULIEU** Pierre  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**BEDANE** Christophe (C.S)  
DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE

**BERTIN** Philippe (C.S)  
THERAPEUTIQUE

**BESSEDE** Jean-Pierre (C.S)  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**BONNAUD** François (C.S)  
PNEUMOLOGIE

**BONNETBLANC** Jean-Marie  
DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE

**BORDESSOULE** Dominique (C.S)  
HEMATOLOGIE

**CHARISSOUX** Jean-Louis  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**CLAVERE** Pierre (C.S)  
RADIOTHERAPIE

**CLEMENT** Jean-Pierre (C.S)  
PSYCHIATRIE ADULTE

**COGNE** Michel (C.S)  
IMMUNOLOGIE

**COLOMBEAU** Pierre  
UROLOGIE

**CORNU** Elisabeth  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**COURATIER** Philippe  
NEUROLOGIE

**DANTOINE** Thierry  
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

**DARDE** Marie-Laure (C.S)  
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**DAVIET** Jean-Christophe  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

**DE LUMLEY WOODYEAR** Lionel  
PEDIATRIE

**DENIS** François  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DESCOTTES** Bernard  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**DESSPORT** Jean-Claude  
NUTRITION

**DRUET-CABANAC** Michel (C.S)  
MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL

**DUMAS** Jean-Philippe (C.S)  
UROLOGIE

**DUMONT** Daniel  
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

**ESSIG** Marie  
NEPHROLOGIE

**FEISS** Pierre  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**FEUILLARD** Jean (C.S)  
HEMATOLOGIE

**GAINANT** Alain (C.S)  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**GAROUX** Roger (C.S)  
PEDOPSYCHIATRIE

**GASTINNE** Hervé (C.S)  
REANIMATION MEDICALE

**GUIGONIS** Vincent  
PEDIATRIE

**JACCARD** Arnaud  
HEMATOLOGIE

**JAUBERTEAU-MARCHAN** Marie-Odile  
IMMUNOLOGIE

**LABROUSSE** François (C.S)  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

**LACROIX** Philippe  
MEDECINE VASCULAIRE

**LASKAR** Marc (C.S)  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne (C.S)  
PEDIATRIE

**MABIT** Christian  
ANATOMIE

**MAGY** Laurent  
NEUROLOGIE

**MARQUET** Pierre  
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**MATHONNET** Muriel  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**MAUBON** Antoine  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**MELLONI** Boris  
PNEUMOLOGIE

**MERLE** Louis (C.S)  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**MONTEIL** Jacques (C.S)  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
NEUROCHIRURGIE

**MOULIES** Dominique (C.S)  
CHIRURGIE INFANTILE

**MOUNAYER** Charbel  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie (C.S)  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**PARAF** François  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

**PLOY** Marie-Cécile (C.S)  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**PREUX** Pierre-Marie  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

**RIGAUD** Michel  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**ROBERT** Pierre-Yves  
OPHTALMOLOGIE

**SALLE** Jean-Yves (C.S)  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE

**SAUVAGE** Jean-Pierre  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**STURTZ** Franck (C.S)  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES

**TREVES** Richard  
RHUMATOLOGIE

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
CANCEROLOGIE

**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
NEUROLOGIE

**VALLEIX** Denis  
ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE

**VANDROUX** Jean-Claude  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**VERGNENEGRE** Alain (C.S)  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
MEDECINE INTERNE

**VIGNON** Philippe  
REANIMATION MEDICALE

**VIROT** Patrice (C.S)  
CARDIOLOGIE

**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
MALADIES INFECTIEUSES

**YARDIN** Catherine (C.S)  
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**ANTONINI** Marie-Thérèse (C.S)

PHYSIOLOGIE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**DURAND-FONTANIER** Sylvaine

ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**FUNALOT** Benoît

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**LAROCHE** Marie-Laure

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**MOUNIER** Marcelle

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE

**PICARD** Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**QUELVEN-BERTIN** Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**Co-morbidité**

BIOLOGIE CELLULAIRE

**VERGNE-SALLE** Pascale

THERAPEUTIQUE

**VINCENT** François  
PHYSIOLOGIE

**WEINBRECK** Nicolas  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CAIRE** François  
NEUROCHIRURGIE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie  
ANGLAIS

**PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel  
MEDECINE GENERALE

**BUISSON** Jean-Gabriel  
MEDECINE GENERALE

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie  
MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine  
MEDECINE GENERALE

# ***REMERCIEMENTS***

*A notre Président et Directeur de Thèse*

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT**  
**Professeur des Universités de Psychiatrie Adultes**  
**Psychiatre des Hôpitaux**  
**Chef de service**

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de m'avoir guidée avec patience tout au long de ce travail et j'espère que les résultats sont à la hauteur de ce que vous attendiez de ma part.

Vous me faites un très grand honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail.

C'est par votre enseignement théorique au cours des séminaires, mais aussi par mes stages d'internat dans vos services de psychiatrie adultes et de psychiatrie du sujet âgé, que j'ai pu bénéficier de la richesse de votre clinique, et de vos qualités humaines.

Que cette thèse soit le témoignage de la profonde estime que je vous porte, pour votre humanisme, vos compétences, et votre disponibilité.

*A nos juges*

**Monsieur le Professeur Philippe COURATIER**  
**Professeur des Universités de Neurologie**  
**Praticien Hospitalier**

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir à cette occasion l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

**Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC**  
**Professeur des Universités de Médecine et Santé du travail**  
**Praticien Hospitalier**  
**Chef de Service**

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Veillez trouver ici l'expression de nos vifs remerciements et de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Laurent MAGY**  
**Professeur des Universités de Neurologie**  
**Praticien Hospitalier**

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse et de juger ce travail.  
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde considération.

*A nos membres invités*

**Madame le Docteur Annie DRUET-CABANAC**

**Docteur en génie de recherche**

Annie, tu as été pour moi un grand soutien tout au long de cette préparation de thèse.

Ta disponibilité, ta gentillesse, ta patience et tes compétences ont été indispensables à l'aboutissement de ce travail. J'ai beaucoup appris à tes côtés, et je t'en remercie profondément.

J'espère que le résultat est à la hauteur de ce que tu attendais.

Je te remercie encore.

**Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO**

**Psychiatre**

**Praticien Hospitalier**

**Chef de pôle**

Philippe, tu as été pour moi un grand soutien durant ces quatre années d'internat. Tu m'as enseigné une psychothérapie : la relaxation psychothérapique, qui m'a beaucoup apporté et que je pratiquerai selon tes enseignements au service de mes patients. Tu m'as aussi appris la psychiatrie du sujet âgé lors de mon deuxième stage d'internat. Enfin, ta disponibilité, ta gentillesse, tes qualités humaines et tes compétences sont pour moi un exemple à suivre. Pour tout cela, je te remercie.

Un grand merci également à tous les psychiatres du C.H. Esquirol qui m'ont aidée pour la réalisation de ce travail :

Je remercie infiniment le **Dr BEAUSEIGNEUR Laurence**, pour sa gentillesse, sa grande disponibilité, sa compétence et ses qualités humaines envers les patients : j'ai beaucoup appris à vos côtés, vous êtes pour moi un exemple à suivre.

Un grand merci au **Dr SAZERAT Pierre**, pour ses qualités humaines, sa pédagogie exceptionnelle et sa disponibilité : j'ai appris la psychiatrie de qualité à vos côtés, le stage d'internat que j'ai passé dans votre service a été parmi les plus formateurs. Puisse mon avenir professionnel pouvoir se rapprocher de vos compétences.

Merci au **Dr SOUCHAUD Jean-Louis**, qui a été agréablement intéressé par ce travail et qui y a activement participé : je vous en suis infiniment reconnaissante. J'ai passé un très bon stage à vos côtés, durant lequel j'ai pu observer les techniques psychothérapeutiques intéressantes que vous appliquez avec humanité. Egalement, votre ouverture d'esprit et votre recherche du « juste milieu » sont des exemples à suivre.

Merci également au **Dr POUPRY Monique**, qui m'a offert son très beau travail sur les états-limites qui m'a été très utile à la compréhension de nombreuses notions complexes... Le stage que j'ai passé au pavillon *De Nerval* restera inoubliable : vous m'y avez montré la vraie psychanalyse, celle où les dogmes et les certitudes n'existent pas. J'ai tellement appris à vos côtés, je vous en serai éternellement reconnaissante.

Merci beaucoup au **Dr MERVEILLE Hervé**, qui a consacré avec gentillesse du temps pour m'aider dans ce travail. Je te souhaite une bonne continuation, et un avenir professionnel radieux dans la psychiatrie.

Merci au **Dr DELAGE Arnaud**, qui m'a aussi bien aidée dans ce travail, qui l'a intéressé, et qui a toujours été disponible.

Merci au **Dr BOGHINA Irina**, qui ne m'a pas oubliée non plus jusqu'au dernier moment pour le recrutement des patients... Merci pour ta constante bonne humeur et ta disponibilité.

Merci aux **Docteurs BALOUTCH Valérie** et **Nariman**, qui ont également contribué au recrutement des patients.

Merci à l'équipe d'addictologie, en particulier au **Dr VILLÉGER Pierre** pour son accueil chaleureux, au **Dr ARTHUS Murielle**, qui ne m'a pas oubliée..., et au **Dr CHEVALIER Catherine**, qui m'a éclairée de ses idées...

Merci également au **Dr CHARLES Eric**, au **Dr DUMONT Anne-Catherine**, au **Dr BONNEFOND Sophie**, au **Dr THERMES Jean-François** et au **Dr MELUN Marie-Pierre**.

Un grand merci également aux internes qui m'ont aidée pour la réalisation de ce travail : **Jonathan, Etienne, Elodie, Marion et Matthieu**.

Je remercie bien-sûr aussi tous les autres psychiatres auprès desquels j'ai pu me former durant ces quatre années d'internat : **Dr MACHEMY Aurore**, auprès de laquelle je me suis initiée à la psychiatrie, **Dr FONTANIER David**, pour sa rigueur et sa pédagogie, **Dr PAREAUD Maurice**, pour sa pédagogie et son humanité auprès des personnes âgées : c'est vous qui m'avez appris à parler à l'oreille de nos aïeux..., **Dr THOMAS Philippe**, pour son caractère agréable et pour son ouvrage de psycho-gériatrie qu'il nous a offert en fin de stage, **Dr VIÉBAN François**, pour son accueil chaleureux et son esprit ouvert aux diverses cultures, **Dr EYMAR Karine**, pour sa disponibilité et son humanité, **Dr FOULI Taoufik**, pour sa disponibilité et sa compétence, **Dr BOURLOT Danielle**, pour sa compétence dans la psychiatrie des sujets psychotiques et pour son humanité : j'ai beaucoup appris à vos côtés, **Dr LESAGE Aurélie** et **Dr CASTAING Marie-Astrid**, avec lesquelles j'ai assisté à des consultations de pédopsychiatrie de qualité, **Dr ROUYER Véronique**, pour sa pertinente approche des patients souffrant de troubles addictifs, **Dr DANTOINE Frédérique**, auprès de qui j'ai pu m'initier aux Troubles Envahissants du Développement.

Enfin, je termine en remerciant infiniment les **Dr SOUCHAUD Fabienne** et **Dr RAINELLI Christine**, avec lesquelles je termine cet internat en beauté !

Mme SOUCHAUD, j'ai appris la pédopsychiatrie à vos côtés, vous m'avez enseigné le juste langage à avoir avec les parents, ni dans la culpabilisation ni dans la déresponsabilisation. Votre relation, proche des patients, qu'ils soient enfants ou adultes, est un exemple que je m'efforcerai de suivre.

Mme RAINELLI, vous m'avez enseigné les subtilités de la psychiatrie périnatale, spécialité complexe mais passionnante : mon souhait est que nous puissions collaborer dans cette voie dans l'avenir !...

Enfin, je remercie également tous les internes qui m'ont accompagnée ces dernières années, en particulier **Paola, Zoé, Coralie et Grégory**. Merci à **Nidal**, à **Jean-Jacques** et à tous les internes et assistants qui ont répondu au questionnaire. Merci aux anciens : **Patrick**, qui m'a soutenue à mes débuts sur Limoges, à son rire communicatif et à ces bons moments passés ensemble, et **Guillaume**, pour sa bonne humeur et son humour inoubliable...

Je remercie aussi les médecins généralistes auprès desquels je me suis également formée, les sympathiques **Dr DOMANGER Nathalie, Dr LAMBERT Jean-Michel et Dr GAYOUT Serge**.

Merci à tous les cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitaliers et assistants sociaux avec lesquels j'ai partagé des moments professionnels dans une ambiance agréable et chaleureuse : je ne peux pas citer tous les noms !... Mais je tiens à mentionner les équipes de **Mme LACOMBE Christine** sur *De Nerval*, de **Mmes CARON Brigitte et BECKER Nadège** sur *Laborit*, de **Mmes SAHEL Marie-José et ASTIER Véronique** sur *Giraudoux*, et de **Mme CLAUX Françoise** sur *l'Unité Mère-Bébé*. Merci pour leur accueil chaleureux à **Nathalie, Bribri, Brice et Benoît, Karim, Nadia, Marie-Noëlle, Daniel, Jérémie, Zaï, Nadine, Dominique, Amandine, Carole, Babeth, Nicolas, Nicole, Julien, Joëlle**. Merci à **Jean-Luc**, le « papa de tous les bébés de l'UMB » !, pour son soutien durant ce dernier semestre et merci à « **Marionnette** », pour son caractère super agréable !, et à **Huguette, Maryse, Marie-Pierre, Nathalie, Sandra, Evelyne, Marie, Sandrine, Cristelle, Marie-Laure, Claudine** et la fameuse **Lydia** !..., et à **Cécile**, notre inconditionnel soutien à l'internat..., et à tous ceux que je n'ai pas cités...

Merci à **Gigi** et à **Sabine**, nos supers ASH de l'internat, qu'on ne voit malheureusement plus... Pour leur gentillesse et leur attention à l'égard des internes.

Merci également aux secrétaires médicales pour leur disponibilité, en particulier, merci à **Mme THÉVENOUX Dominique**, secrétaire du service hospitalo-universitaire, pour sa gentillesse et son aide précieuse. Merci également à **Mme BOUHAREYCHAS Michelle**, pour sa disponibilité malgré les difficultés actuelles..., à **Mme FAYE Jeanne-Marie** et à **Mme MONTET Isabelle**, pour leur gentillesse.

Merci aux psychologues qui m'ont fait partager leurs connaissances, en particulier **Mme BOYON Dominique**, qui nous a beaucoup appris, et **Mme ORLIAGUET Marie-Hélène**, dont les compétences et la tolérance m'ont impressionnée.

Merci au laboratoire Lilly pour l'aide financière qu'il m'a apportée durant ma formation d'internat, en particulier, merci à **M. CHRONOPOULOS Constantin**. Merci aux délégués médicaux d'autres laboratoires qui nous ont soutenus durant notre internat, en nous proposant diverses conférences, en particulier, merci à « **Tintin** », **M. PLAT Claude-Emmanuel**.

Merci à l'ingénieur de recherche **Mme GIRARD Murielle** pour sa contribution à ce travail.

Merci à tous les patients ainsi qu'à tous les membres du personnel du Centre Hospitalier Esquirol qui ont accepté de participer à cette étude.

Enfin, merci à ma cousine **Aïcha**, à son mari **Taoufik** et à **Abdou**, qui m'ont aidée pour l'informatique...

# ***DÉDICACES***

## ***A mes parents,***

Pour le soutien inébranlable que vous m'avez apporté durant toutes ces années d'études, pour tout ce que vous m'avez appris des valeurs essentielles, pour l'affection que vous me portez et pour tout ce que vous avez fait pour moi.

C'est grâce à vous que j'ai pu construire tout cela.

Je vous remercie profondément et vous dédie ce travail.

Puisse mon avenir professionnel être à la hauteur de vos espérances.

## ***A mon mari,***

***Hicham***, mon amour, tu m'as accompagnée patiemment durant ces sept dernières années, c'est grâce à ton amour que j'ai pu surmonter toutes ces épreuves.

Puisse l'avenir nous être prospère et heureux.

## ***A ma sœur et à mon frère,***

***Abla et Omar***, dont l'affection m'a toujours réconfortée. Vous m'avez aussi soutenue durant mes années d'études, je vous en remercie et vous souhaite également réussite et bonheur.

*A mon grand-père paternel, Ba Sidi Brahim,* que je n'ai malheureusement pas connu, que Dieu ait son âme,

*A ma grand-mère paternelle, Lalla Hajja,* que j'aurais tellement aimé connaître plus, et qui nous a laissé des souvenirs inoubliables, que Dieu ait son âme,

*A ma grand-mère maternelle, Lalla Chrifa,* pour ces doux moments, hélas trop courts, vécus ensemble, que Dieu ait son âme,

*A mon grand-père maternel, Ba Sidi Lfkih,* lumineux centenaire auréolé de grâce, pour toutes ces prières que tu as faites et que tu continues de faire pour tes petits-enfants, que Dieu les exauce et te garde dans sa grâce.

*A tous mes oncles et tantes,*

En particulier à *Khalti Zakia* et à *Ammi Abdelkader*, pour le soutien que vous m'avez apporté lorsque j'étais à Paris, pour votre générosité et votre hospitalité, vous m'avez laissé des souvenirs inoubliables...

A mon oncle *Ammi L'Hajj Mohammed* et à son épouse *Lalla Aïcha*, grâce auxquels ces deux dernières années m'ont été plus douces...

*A mes beaux-parents,*

*Sidi Miloud et Lalla Khadija*, pour leur gentillesse, leurs prières pour notre réussite, et pour les moments de sérénité passés à leurs côtés.

*A mes beaux-grands-parents,*

« *Bba* » *l'Hajj Ahmed* et « *Mmi* » *L'Hajja Hniya*, pour toutes leurs prières, leur hospitalité et pour les moments d'insouciant gaité passés auprès d'eux.

*A mes beaux-frères, Saïd, Mounir, Anass et Younès,*

*A ma grande belle-sœur Hakima*, pour sa gentillesse et son hospitalité,

*Et à ma petite belle-sœur, l'adorable Imane.*

*Et à l'Oncle Najib, son épouse Edoïa, et leurs deux filles, Soukaïna et Inara*, en souvenir de leur hospitalité lors de ce séjour inoubliable au Pays Basque...

*Et à la tante N'zha*, pour sa gentillesse et son constant sourire...

*A mes cousins et cousines*, en particulier à *Aïcha* et à son mari *Taoufik*, avec qui nous avons partagé des moments inoubliables cette année sur Bordeaux, et aussi à leurs deux adorables enfants *Yasmine* et *Iliès*, que Dieu vous préserve et vous donne une vie douce et heureuse. Et à *Safia* et *Anass*, qui sont comme une grande sœur et un grand frère pour moi.

*A mes amies inconditionnelles de toujours,*  
*Naïmé, Samira, Imène et Zineb,*

*Et à tous nos autres amis,*

*Karima et Salah*, avec qui nous avons vécu des moments très agréables ces deux dernières années, lesquels j'espère se répéteront *en France et au Maroc...* A notre belle amitié.

*Adil et Maïssa*, pour leur gentillesse et leur hospitalité, que Dieu vous donne un beau bébé !...

Et à tous les amis de Marrakech, en particulier *Hicham Bouzidi* et son épouse *Najia, Bouchra et Zakaria* et *Si Mohammed Boubrik*, le neurochirurgien qui m'a toujours encouragée dans la voie de la psychiatrie...

Et à ceux de Paris, qui m'ont accompagnée dans les « galères de l'étudiant » mais aussi dans les bons moments... : *Rania* et *Philippe*.

*Et à Zahra, ma nounou de toujours*, si sage et si attentionnée, et aussi à *Tahra*, pour tous ces beaux souvenirs d'enfance...et *Aïcha*.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>29</b>
<b><u>I. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA PERSONNALITÉ BORDERLINE .....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>A. RAPPELS GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ...33</u></b>	
A.1. LA PERSONNALITÉ.....	33
A.2. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : DSM-IV ET CIM-10.....	33
A.3. MODIFICATIONS PRÉVUES DANS LES DÉFINITIONS DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DES FUTURS DSM-V ET CIM-11 .....	39
<b><u>B. DÉFINITION DU TERME BORDERLINE.....</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b><u>C. HISTORIQUE.....</u></b>	<b><u>43</u></b>
C.1. L'ÉCOLE EUROPÉENNE .....	43
C.2. L'ÉCOLE ANGLO-SAXONNE.....	44
C.3. CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....	46
<b><u>D. LES DEUX DÉFINITIONS DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : DIFFÉRENCES ENTRE DSM-IV ET CIM-10.....</u></b>	<b><u>48</u></b>
D.1. DSM-IV.....	48
D.2. CIM-10.....	52
<b><u>E. AUTRES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES NON RETENUS DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....</u></b>	<b><u>55</u></b>
E.1. ANGOISSE.....	55
E.2. PAUVRETÉ DE LA VIE FANTASMATIQUE.....	55
E.3. TROUBLES DE L'HUMEUR.....	55
E.4. FANTAISIES ET COMPORTEMENTS GRANDIOSES.....	55
E.5. IRRITABILITÉ ET AGRESSIVITÉ.....	56
E.6. CRITÈRES PSYCHANALYTIQUES.....	56
<b><u>F. AUTRES SYMPTÔMES RENCONTRÉS, NON SPÉCIFIQUES, MAIS AYANT DES PARTICULARITÉS DANS LA PBL.....</u></b>	<b><u>56</u></b>
F.1. TROUBLES D'ALLURE NÉVROTIQUE.....	56
F.2. TOXICOMANIES ET DÉPENDANCES.....	57
F.3. AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	57

<b><u>G. FORMES CLINIQUES</u></b> .....	<b>57</b>
G.1. SELON LA GRAVITÉ .....	57
G.2. SELON L'ÂGE D'APPARITION .....	57
G.3. SELON LA COMORBIDITÉ : DE L'AXE I OU DE L'AXE II.....	57
G.4. SELON L'ORIENTATION DIMENSIONNELLE OU CATÉGORIELLE DU TROUBLE.....	59
<b><u>H. ÉTIOPATHOGÉNIE</u></b> .....	<b>59</b>
H.1. ABORD PSYCHANALYTIQUE.....	59
H.2. ABORD COGNITIF.....	60
H.3. ABORD BIOLOGIQUE .....	60
H.4. ABORD BIOSOCIAL .....	61
H.5. ABORD BIO-PSYCHO-SOCIAL.....	61
<b><u>I. DERNIÈRES DONNÉES : BIOLOGIE, GÉNÉTIQUE ET NEUROSCIENCES</u></b> .....	<b>64</b>
I.1. BIOLOGIE.....	64
I.2. GÉNÉTIQUE.....	64
I.3. NEUROPHYSIOLOGIE/NEUROANATOMIE.....	64
<b><u>J. ÉPIDEMIOLOGIE/ÉVOLUTION</u></b> .....	<b>66</b>
J. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	66
J.2. ANTÉCÉDENTS.....	66
J.3. DERNIÈRES ÉTUDES CONCERNANT LES ANTÉCÉDENTS : ANNÉES 2000.....	67
J.4. ÉVOLUTION.....	67
J.5. ÉLÉMENTS D'AGGRAVATION DU PRONOSTIC.....	69
<b><u>K. THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES</u></b> .....	<b>70</b>
<b><u>L. VALIDITÉ DU DIAGNOSTIC DE PBL ? : LA QUESTION DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL</u></b> .....	<b>71</b>
L.1. AVEC LES AUTRES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	71
L.2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LES DÉPRESSIONS.....	72
L.3. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE.....	72
L.4. LA PBL : UNE FORME CHRONIQUE DE PTSD ?.....	73
L.5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC D'AUTRES TROUBLES.....	74

<b><u>II. MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ EN GENERAL ET DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE EN PARTICULIER : TRAVAUX DÉJÀ RÉALISÉS.....</u></b>	<b><u>76</u></b>
<b><u>A. MODÈLE CATÉGORIEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....</u></b>	<b><u>76</u></b>
A.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	76
A.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION .....	76
<b><u>B. MODÈLE DIMENSIONNEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ....</u></b>	<b><u>88</u></b>
B.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	88
B.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION .....	89
<b><u>C. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE .....</u></b>	<b><u>90</u></b>
C.1. DIB-R : DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINE-REVISED (ZANARINI ET AL., 1989).....	90
C.2. QUESTIONNAIRE DES CROYANCES DE LA PERSONNALITÉ (QCP) APPLIQUÉ À LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (BUTLER ET AL., 2002).	92
C.3. BORDERLINE SYNDROME INDEX : BSI (CONTE ET AL., 1980).....	93
C.4. BORDERLINE PERSONALITY INTERVIEW : BPI (LEICHSENRING, 1999).....	93
C.5. BORDERLINE SYMPTOM LIST : BSL (BOHUS ET AL., 2001).....	93
C.6. RÉSULTATS AUX TESTS PROJECTIFS.....	94
<b><u>I. INTRODUCTION : CONTEXTE SCIENTIFIQUE.....</u></b>	<b><u>97</u></b>
<b><u>II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....</u></b>	<b><u>98</u></b>
<b><u>III. MÉTHODOLOGIE.....</u></b>	<b><u>98</u></b>
<b><u>A. POPULATION.....</u></b>	<b><u>99</u></b>
A.1. GROUPE DES PATIENTS.....	99
A.2. GROUPE DES TÉMOINS.....	99
<b><u>B. PROCÉDURES.....</u></b>	<b><u>100</u></b>
B.1. PROCÉDURES CHEZ LES PATIENTS.....	100
B.2. PROCÉDURES CHEZ LES TÉMOINS.....	101
B.3. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION.....	101
<b><u>C. ANALYSE STATISTIQUE.....</u></b>	<b><u>102</u></b>
<b><u>IV. RÉSULTATS.....</u></b>	<b><u>103</u></b>

<b><u>A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION TOTALE.....</u></b>	<b><u>103</u></b>
A.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	104
A.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	104
A.3. DONNÉES DESCRIPTIVES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+.....	104
<b><u>B. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CLINIQUEMENT BORDERLINE.....</u></b>	<b><u>105</u></b>
B.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	105
B.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	106
B.3. DONNÉES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+.....	107
B.4. DONNÉES ISSUES DES CLASSIFICATIONS DSM-IV ET CIM-10.....	113
B.4. AUTRES DONNÉES ISSUES DES QUESTIONS POSÉES AUX CLINICIENS.....	114
<b><u>C. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION BORDERLINE AU PDQ-4+ .....</u></b>	<b><u>115</u></b>
C.1. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES PATIENTS : COMPARAISON ENTRE PATIENTS POSITIFS ET PATIENTS NÉGATIFS .	115
C.2. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES TÉMOINS : RÉSULTATS AU PDQ-4+.....	122
<b><u>D. QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DU PDQ-4+ POUR LE DIAGNOSTIC DE PERSONNALITÉ BORDERLINE.....</u></b>	<b><u>122</u></b>
<b><u>I. DISCUSSION.....</u></b>	<b><u>125</u></b>
<b><u>A. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....</u></b>	<b><u>125</u></b>
A.1. BIAIS.....	125
A.2. LIMITES.....	127
<b><u>B. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</u></b>	<b><u>128</u></b>
B.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS A L'ANALYSE DES ÉLÉMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET DES ÉVÉNEMENTS DE VIE.	128
B.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AU PDQ-4+.....	129
B.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AUX CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : DSM-IV ET CIM-10.....	139
B.4. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS À L'ANALYSE DES AUTRES DONNÉES APPORTÉES PAR LE CLINICIEN.....	141

<b><u>II. PERSPECTIVES D'AVENIR.....</u></b>	<b><u>143</u></b>
<b><u>A. UTILISATION DU PDQ-4+ DANS LE DÉPISTAGE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE.....</u></b>	<b><u>143</u></b>
<b><u>A.1. INTÉRÊT DU PDQ-4+.....</u></b>	<b><u>143</u></b>
<b><u>A.2. AUTRES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA PBL.....</u></b>	<b><u>145</u></b>
<b><u>B. NOUVELLE APPROCHE DIAGNOSTIQUE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE.....</u></b>	<b><u>145</u></b>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>147</u></b>

## INTRODUCTION

---

Le trouble de personnalité borderline est caractérisé essentiellement par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers (APA, 2000).

Cette pathologie a pris beaucoup d'importance ces dernières années dans l'opinion publique : en effet, une quantité importante de livres destinés au grand public ont été écrits durant les années 2000, alors qu'auparavant ce sujet était confiné au monde de la psychiatrie et de la psychologie, après avoir été étudié plus spécifiquement par les psychanalystes...

Cependant, pour les professionnels de la santé mentale, il s'agit d'un concept nosologique toujours en mouvement, dont les limites ne sont pas encore bien claires... Certains doutent même de l'existence de cette pathologie, d'autres sont mal à l'aise avec les patients concernés par cet état, en partie parce qu'ils restent persuadés qu'il s'agit là d'un trouble extrêmement difficile à traiter, voire même impossible à améliorer... Peu de recherches scientifiques ont été réalisées à ce sujet, comparé à celles sur la schizophrénie et le trouble bipolaire, quand bien même la prévalence de la personnalité borderline est bien supérieure à celle de ces deux maladies psychiatriques, et que le taux de suicide qui y est associé est trois fois plus important que celui de la schizophrénie et du trouble bipolaire combinés (Gunderson *et al.*, 2009).

En avril 2008, la Chambre des Représentants aux Etats-Unis d'Amérique a voté la résolution 1005 déclarant le mois de mai comme étant le mois dédié à la personnalité borderline ! Ceci afin d'attirer l'attention sur ce trouble, à la fois celle du grand public qui doit mieux connaître cette pathologie, mais aussi celle des professionnels de la santé qui doivent y porter plus d'intérêt, à la fois sur le plan clinique et thérapeutique, et sur celui de la recherche scientifique.

En ce qui concerne les psychiatres cliniciens, le diagnostic de personnalité borderline reste peu porté, alors que sa prévalence est de 2% dans la population générale, 10% parmi les consultants en psychiatrie, et 20% parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, et qu'il figure parmi les troubles de la personnalité les plus fréquents : 30 à 60% des cas (APA, 2000). Et

lorsqu'il est diagnostiqué, cela est le plus souvent fait de manière intuitive, approximative ou carrément inexacte...

Pourtant, plusieurs études ont confirmé la validité des définitions actuelles, catégorielles – CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992) et DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) – de la personnalité borderline, l'approche catégorielle de la personnalité consistant à définir des types de personnalités pathologiques en les classant par catégories plus ou moins disjointes, et s'opposant à l'approche dimensionnelle plutôt quantitative.

On voit donc qu'il y aurait un intérêt certain à porter ce diagnostic lorsqu'il existe, à ne pas se restreindre à un diagnostic de l'axe I en omettant les diagnostics possibles sur l'axe II, en particulier celui de la personnalité borderline, qui se trouve être parmi les plus fréquents, les plus morbides et les plus mortels des troubles de la personnalité, et qui, bien traité, a un bon pronostic...

D'une manière générale, en psychiatrie, l'évaluation de la personnalité présente un intérêt pour étayer les hypothèses étiologiques (la personnalité étant l'un des facteurs impliqués dans le développement des troubles psychiatriques), diagnostiques et orienter la thérapeutique.

On se propose donc dans cette étude de déterminer si un auto-questionnaire, le PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire inspiré du DSM-IV-TR, Hyler, 1994), d'approche catégorielle de la personnalité, pourrait constituer une aide pour le diagnostic de la personnalité borderline. Si la sensibilité du PDQ-4+ pour le diagnostic de cette personnalité est bonne, on pourra donc se baser sur cet outil pour construire un instrument rapide de dépistage de la personnalité borderline. Cela pourrait contribuer à avoir une vision plus globale du patient, et donc une meilleure prise en charge.

Ce travail tentera donc de répondre à cette question. Pour ce faire, 51 patients diagnostiqués borderline par leur psychiatre et 43 témoins ont répondu à l'auto-questionnaire PDQ-4+, évaluant les 10 troubles de la personnalité selon le DSM-IV, plus deux autres personnalités additionnelles.

D'autres données ont été recueillies également, parmi lesquelles les arguments des cliniciens pour ce diagnostic, les critères DSM-IV et CIM-10 de la personnalité borderline, ainsi que certains éléments sociodémographiques et événements de vie.

---

***PREMIÈRE PARTIE :***  
***ÉTAT ACTUEL DES***  
***CONNAISSANCES SUR LA***  
***PERSONNALITÉ BORDERLINE***  
***ET***  
***MÉTHODES D'ÉVALUATION***

---

Dans un premier chapitre, nous tenterons de définir ce qu'est la personnalité en général, ainsi que les troubles de la personnalité tels qu'ils sont envisagés par les deux grandes classifications internationales que sont la CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> version (Organisation Mondiale de la Santé : OMS, 1992) et le DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème édition (American Psychiatric Association : APA, 1994).

La notion de personnalité borderline (PBL) sera ensuite explicitée, avec un rappel sur l'historique de ce trouble et les différents critères diagnostiques retenus ; puis des données concernant l'étiopathogénie, l'épidémiologie, l'évolution et le traitement, seront exposées, avec en particulier les découvertes de cette dernière décennie (le dernier article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale sur le sujet datant de 1999). Enfin, la validité du diagnostic de personnalité borderline sera discutée.

Puis le second chapitre fera état des instruments d'évaluation existants pour la personnalité en général, et pour la personnalité borderline en particulier.

# **I. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA PERSONNALITÉ BORDERLINE**

---

## **A. RAPPELS GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

### **A.1. LA PERSONNALITÉ**

---

Le terme de personnalité désigne généralement ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans le fonctionnement psychologique (Guelfi, 2007). Une autre définition met l'accent sur l'aspect intégratif des différents constituants d'une personnalité : « intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volitionnels et affectifs » du sujet (Delay & Pichot, 1962). Il s'agit donc d'un ensemble organisé, c'est-à-dire d'une structure, mais qui n'est pas un système fermé : elle résulte d'une intégration permanente entre l'individu et son environnement ; ainsi, ce système, même s'il est grandement influencé par les étapes premières du développement, n'est ni complètement prédéterminé, ni complètement figé.

### **A.2. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : DSM-IV ET CIM-10**

---

La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, sources de souffrance soit pour la personne elle-même, soit pour son entourage, et plus généralement pour la société. Les troubles de la personnalité décrits dans les principales classifications des troubles mentaux, la CIM et le DSM, sont dérivés des conceptions de Kurt Schneider. Cet auteur a décrit en 1923 dix types de personnalités anormales qualifiées de « personnalités psychopathiques », déviations purement quantitatives de la personnalité normale. Le profil caractériel de ces personnalités est statistiquement rare (référence à une normalité « statistique ») ; leurs attitudes et leurs comportements sont rigides et mal adaptés, source de détresse et de souffrance, soit pour eux-mêmes (référence à une normalité « fonctionnelle ») soit pour leur entourage et, plus généralement pour la société (référence à une normalité « idéale »).

### ***Critères généraux des troubles de la personnalité***

Ainsi, la CIM-10 et le DSM-IV proposent des critères généraux pour définir les aspects communs à tous les troubles de la personnalité, suivis de critères spécifiques pour caractériser les différents troubles spécifiques et pour les différencier les uns par rapport aux autres. Dans les deux systèmes, les critères généraux des troubles de la personnalité concernent six critères monothétiques, c'est-à-dire que chacun est obligatoirement requis pour le diagnostic. Les critères généraux des troubles de la personnalité sont pratiquement identiques dans la CIM-10 et le DSM-IV, comme en témoigne la juxtaposition présentée dans le tableau I.

**Tableau I. Juxtaposition des critères généraux des troubles de la personnalité dans la CIM-10 et le DSM-IV.**

CIM-10	DSM-IV
<p>G1. Arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (ou « normes »). Une telle déviation doit être manifeste dans plus d'un des domaines suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cognitions (par exemple façon d'appréhender et d'interpréter les choses, les gens et les événements ; attitudes et représentations que l'on a de soi-même et des autres).</li> <li>2. Affectivité (diversité, intensité et adéquation de la réaction et de la réponse émotionnelles).</li> <li>3. Contrôle des impulsions et satisfaction des besoins.</li> <li>4. Interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles.</li> </ol>	<p>A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).</li> <li>- L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).</li> <li>- Le fonctionnement interpersonnel</li> <li>- Le contrôle des impulsions.</li> </ul>
<p>G2. La déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées (c'est-à-dire qu'elle doit ne pas être limitée à un stimulus ou à une situation « gâchette » spécifique.</p>	<p>B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.</p>
<p>G3. Il existe une souffrance personnelle ou bien un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois, clairement attribuable à la conduite mentionnée en G.2.</p>	<p>C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
<p>G4. Il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable, ayant débuté à la fin de l'enfance ou à l'adolescence.</p>	<p>D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.</p>
<p>G5. La déviation ne peut pas se réduire à une manifestation - ou à une conséquence - d'autres troubles mentaux de l'adulte, bien que des situations épisodiques ou chroniques décrites dans cette classification puissent coexister et se surajouter à elle.</p>	<p>E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.</p>
<p>G6. Une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement du cerveau doivent être exclus comme cause possible de la déviation.</p>	<p>F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à des abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).</p>

D'après FELINE A, GUELFY JD, HARDY P. Les troubles de la personnalité. Médecine – sciences Flammarion, 2002.

### ***Troubles spécifiques de la personnalité***

Si la CIM-10 et le DSM-IV définissent de façon quasi-identique les critères généraux des troubles de la personnalité, ils divergent cependant quelque peu sur les descriptions spécifiques à chacun de ces troubles.

La CIM-10 décrit huit troubles de la personnalité : la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde, la personnalité dissociative, la personnalité émotionnellement labile (comprenant deux sous-types : un type impulsif et un type borderline), la personnalité histrionique, la personnalité anankastique, la personnalité anxieuse et la personnalité dépendante.

Le DSM-IV décrit dix troubles de la personnalité, répartis en trois « clusters » : la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde et la personnalité schizotypique (cluster A), la personnalité antisociale, la personnalité borderline, la personnalité histrionique et la personnalité narcissique (cluster B), la personnalité évitante, la personnalité dépendante, et la personnalité obsessionnelle-compulsive (cluster C). La personnalité passive-agressive a été supprimée de la classification officielle et reléguée dans une annexe regroupant divers troubles proposés pour des études supplémentaires, dont également la personnalité dépressive. Le cluster A est caractérisé par une bizarrerie et une excentricité des comportements ; le cluster B par un théâtralisme, une émotivité, ainsi que des comportements flamboyants et erratiques ; dans le cluster C, les comportements sont réservés, craintifs, anxieux.

Pour chacun de ces troubles, les deux systèmes de classification utilisent une liste de critères polythétiques pour faire le diagnostic d'un trouble de la personnalité : aucun critère n'est obligatoire en lui-même pour le diagnostic, mais un nombre minimal de critères, correspondant à un chiffre supérieur à la moyenne, est requis.

Ainsi, la CIM-10 et le DSM-IV comportent quatre troubles portant le même nom : la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde, la personnalité histrionique, et la personnalité dépendante. Trois troubles de la personnalité portent, certes, des noms différents dans les deux classifications, mais ces noms se réfèrent à des concepts qui sont, a priori, identiques : personnalité dissociative (CIM-10) versus personnalité antisociale (DSM-IV), personnalité anxieuse (CIM-10) versus personnalité évitante (DSM-IV), personnalité anankastique (CIM-10) versus personnalité obsessionnelle-compulsive (DSM-IV). La personnalité borderline du DSM-IV, sujet de ce travail, a comme correspondant dans la CIM-10, le sous-type borderline de la personnalité émotionnellement labile. La personnalité schizotypique du DSM-IV n'a pas de correspondance immédiate parmi les troubles de la

personnalité de la CIM-10. Cette dernière comporte toutefois un trouble appelé schizotypique, mais groupé, non pas avec les troubles de la personnalité, mais avec la schizophrénie et les troubles délirants. La personnalité schizotypique (DSM-IV) et le trouble schizotypique (CIM-10) sont décrits avec des critères très proches dans les deux classifications. Il existe deux catégories seulement incluses dans l'une des classifications, mais pas dans l'autre : la personnalité narcissique incluse dans le DSM-IV, et pour laquelle la CIM-10 ne présente pas de catégorie correspondante : elle figure simplement dans une annexe de critères provisoires pour certains troubles, mais est définie quasiment de la même façon que dans le DSM-IV ; l'autre catégorie incluse cette fois-ci dans la CIM-10 mais pas dans le DSM-IV est le sous-type impulsif de la personnalité émotionnellement labile (CIM-10), qui ne présente lui aucun correspondant dans le DSM-IV.

### ***Caractéristiques des troubles spécifiques de la personnalité***

#### ***Cluster A***

La personnalité paranoïaque se caractérise par une méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes. La personnalité schizoïde est un mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui. Quant à la personnalité schizotypique, elle consiste en un déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches ; il existe également des distorsions cognitives et perceptuelles, ainsi que des conduites excentriques.

#### ***Cluster B***

La personnalité antisociale (dyssoziale pour la CIM-10) est définie par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui survenant depuis l'âge de 15 ans. La personnalité borderline sera longuement définie et analysée dans les paragraphes qui vont suivre : elle consiste en un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. La personnalité histrionique est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention permanente. La personnalité narcissique présente des fantaisies et des comportements grandioses, avec un besoin d'être admiré, ainsi qu'un manque d'empathie.

### ***Cluster C***

La personnalité évitante (anxieuse pour la CIM-10) se caractérise par un mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur, et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui. Quant à la personnalité dépendante, elle présente un besoin général et excessif d'être prise en charge, ceci conduisant à un comportement soumis et « collant », et à une peur de la séparation. La personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique pour la CIM-10) se manifeste par une préoccupation constante pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité.

### ***Autres troubles de la personnalité***

Selon le DSM-IV, il existe aussi une catégorie de trouble de la personnalité, non spécifié, qui est réservée aux troubles de la personnalité qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la personnalité spécifique : il peut exister par exemple des caractéristiques appartenant à plusieurs troubles de la personnalité, sans que les critères d'un trouble particulier de la personnalité soient remplis, mais ceci est néanmoins responsable d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants. Il peut s'agir aussi d'un trouble de personnalité ne figurant pas dans les classifications internationales, ou alors en annexe : personnalités dépressive et négativiste. Les équivalents de ce trouble dans la CIM-10 sont les troubles mixtes de la personnalité, les autres troubles spécifiques de la personnalité, non décrits dans la CIM-10, et les troubles de la personnalité sans précision.

La personnalité négativiste ou passive-agressive est caractérisée par un mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate ; elle figure aussi dans la CIM-10 dans la catégorie « autres troubles spécifiques de la personnalité ». La personnalité dépressive comprend des cognitions et des comportements dépressifs, présents de manière envahissante ; il n'y a pas d'équivalent dans la CIM-10.

### **A.3. MODIFICATIONS PRÉVUES DANS LES DÉFINITIONS DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DES FUTURS DSM-V ET CIM-11**

---

#### **DSM-V**

La publication du DSM-V est prévue pour mai 2013, mais l'American Psychiatric Association (APA) a rendu publique, dès février 2010 sur son site internet, une version préliminaire des critères diagnostiques pour les différents diagnostics psychiatriques. Une reconceptualisation majeure des troubles de la personnalité est proposée : la définition générale de ces troubles est modifiée, les troubles spécifiques sont regroupés sous 5 types plutôt que les dix actuels, et la structure des critères des troubles spécifiques est considérablement modifiée.

#### ***Nouvelle définition générale du trouble de personnalité***

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

#### ***Nouveaux critères diagnostiques***

1. Un échec d'adaptation qui se manifeste dans un ou les deux domaines suivants (pour lesquels cinq niveaux de sévérité de fonctionnement sont associés à chacun) :
  - a. Déficience du sens de sa propre identité comme manifesté dans un ou plus des aspects suivants:
    - Intégration de l'identité. Notion de soi ou identité faiblement intégrée (ex. un sens limité d'unité personnelle et de continuité; ressentir des états de soi changeants; croire que le soi présenté aux autres est une façade)
    - Intégrité du concept de soi. Notion de soi ou identité appauvrie et peu différenciée (ex. difficulté à identifier et décrire des attributs personnels; sentiment de vide intérieur; limites interpersonnelles peu délimitées; définition de soi qui change avec le contexte social)

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

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

- Empathie. Capacité altérée d'empathie et de réflexion (ex. trouver difficile de comprendre les états mentaux des autres)
- Intimité. Capacité altérée de relations intimes (ex. incapacité à établir et à maintenir des relations proches et intimes; incapacité de fonctionner comme une figure d'attachement véritable; incapacité d'établir ou de maintenir des amitiés)
- Coopération. Échec à développer la capacité de comportement prosocial (ex. échec du développement de la capacité de comportements moraux socialement typiques, absence d'altruisme)
- Complexité de l'intégration de la représentation des autres. Représentations des autres peu intégrées (ex. images mentales peu reliées à des personnes significatives)

2. L'échec d'adaptation est associé à des niveaux extrêmes d'un ou plusieurs traits de personnalité.
3. L'échec d'adaptation est relativement stable à travers le temps et consistant à travers les situations avec un début qui peut être retracé au moins à l'adolescence.
4. L'échec d'adaptation n'est pas seulement expliqué comme une manifestation ou une conséquence d'un autre trouble mental.
5. L'échec d'adaptation n'est pas seulement dû aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une drogue prônant à abus, un médicament) ou une condition médicale générale (ex. un traumatisme crânien sévère).

### ***Troubles spécifiques de la personnalité***

Seuls les 5 types suivants sont retenus: schizotypique, antisocial/psychopathe, borderline (limite), obsessionnel-compulsif et évitant.

Les critères de ces troubles spécifiques ont une structure très différente, beaucoup plus complexe, que celle du DSM-IV. Elle tient compte du niveau de fonctionnement dans les domaines décrits ci-haut associés à la définition générale, de la présence et de la sévérité de traits spécifiques à chaque type, et de la présence et de la sévérité de 6 traits plus généraux : des dimensions (émotivité négative, introversion, antagonisme, désinhibition, compulsivité et schizotypie).

### **CIM-11**

L'OMS quant à elle prépare également une 11<sup>ème</sup> version de la CIM, prévue pour 2014. L'APA souhaite rendre le DSM-V aussi compatible que possible avec la section de la CIM-11 portant sur les troubles mentaux et comportementaux.

## **B. DÉFINITION DU TERME BORDERLINE**

---

Le terme anglo-saxon « borderline » est la traduction du mot français « limite », ainsi, la formulation « borderline personality disorder » signifie « trouble de la personnalité limite » ou « état limite ». Ce terme de « limite » a été créé par Bergeret pour décrire un état à la « limite » de la psychose et de la névrose.

Le terme de « borderline » ou « limite » est entendu avec des sens assez divers selon les auteurs ; cependant, la définition du DSM-IV constitue une assez bonne synthèse de plusieurs approches de cette notion, et c'est en effet cette définition-là qui est le plus largement utilisée. Elle caractérise la personnalité borderline par quatre grandes composantes :

1. L'instabilité : elle caractérise l'ensemble de la vie affective de l'individu, c'est-à-dire à la fois les représentations qu'a le sujet de lui-même et des autres, et les affects qu'il éprouve, et elle se manifeste par des oscillations entre des positions extrêmes d'idéalisation ou de dévalorisation (« tout bon » ou « tout mauvais »). Le sujet ne peut avoir d'un objet ou de soi une image ni constante dans le temps, ni moyenne dans l'intensité (c'est-à-dire ambivalente comportant à la fois des qualités et des défauts) ; les oscillations entre les positions extrêmes sont souvent rapides.

Ainsi, le sujet a des relations interpersonnelles discontinues et contradictoires ; son image de soi varie entre survalorisation et le plus souvent dévalorisation ; son vécu affectif est marqué par la même instabilité avec dysphorie, anxiété, irritabilité.

2. L'impulsivité : entraînant irritabilité et colères, ainsi que conduites auto-agressives (tentatives de suicide, automutilations...).

3. Le déficit narcissique et le sentiment chronique de vide, avec peur d'être abandonné.

4. Les épisodes psychotiques transitoires.

## C. HISTORIQUE

---

Le concept de borderline a été créé pour décrire des cas ne correspondant ni à la catégorie des psychoses ni à la catégorie des névroses. C'est Hugues qui, en 1884, a utilisé pour la première fois le terme borderline, mais celui-ci n'a pas été adopté immédiatement.

Deux écoles ont tenté d'approcher ce trouble : l'école franco-germanique, avec une démarche nosologique structurale, et l'école anglo-saxonne, avec une démarche descriptive ; dans les deux cas, il existait un courant clinique et un courant psychanalytique.

### C.1. L'ÉCOLE EUROPÉENNE

---

#### *Courant clinique*

Le trouble borderline dans cette approche avait tendance à être maintenu dans la catégorie des schizophrénies, cependant comme en étant une forme atypique. Ainsi, Kraepelin parlait de formes atténuées de « démence précoce ». Kahlbaum (1890) a appelé « héboïdophrénies » des formes de démence précoce comportant une tendance à la délinquance, la prévalence des troubles caractériels et l'absence de déchéance terminale. Bleuler dans les années 1920 a parlé de « schizophrénie latente ». Kretschmer (1921) a décrit la « schizoïdie » comme étant une forme de schizophrénie associant inhibition et impulsivité, sans dissociation. Claude a proposé le terme de « schizose » puis de « schizonévrose » (1939) qu'a repris Henri Ey en 1955 pour désigner un tableau clinique comparable à celui des états limites. D'autres auteurs ont détaché ce trouble de la schizophrénie pour l'inclure dans les psychopathies (Dupré, Schneider) ou les paranoïas sensitives (Kretschmer), voire dans les perversions.

#### *Courant psychanalytique*

A la fin des années 1970, ce sont les travaux psychanalytiques, particulièrement ceux de Bergeret, qui ont le mieux analysé cette pathologie et ont consacré le terme d' « état-limite ». En effet, pour Jean Bergeret, l'état-limite est une astructuration, ou en d'autres termes, un mode d'organisation anaclitique de la personnalité. Dans son ouvrage « la personnalité normale et pathologique » écrit en 1974, il considère l'état-limite comme une « troisième lignée psychopathologique » intermédiaire entre névrose et psychose. Ainsi, il décrit des formes cliniques évolutives plus ou moins proches des névroses ou des psychoses, mais aussi des formes aménagées de type caractériel ou pervers, ainsi que des formes de sénescence.

D'autres psychanalystes européens ont étudié l'état-limite, on peut citer Grunberger, Chabert, ou encore Green. Pour ce dernier, clivage, « dépression essentielle » et efforts considérables pour « s'interdire de penser » sont des mécanismes-clés, qui permettent de distinguer l'état-limite de la névrose, comme le permet aussi la relation d'objet (exemple : l'angoisse de séparation de l'état-limite n'est pas sous-tendue par des problématiques de castration ou de manque) ; il a appelé ce trouble « psychose blanche ». Pour Widlöcher, l'état-limite serait une organisation (plutôt qu'une structure) qui, malgré l'hétérogénéité des tableaux cliniques, aurait une base de comportements et de types de pensées relativement stable, avec comme mécanisme récurrent la projection.

En 1999, en France, un psychanalyste se réclamant de la pensée de Lacan a essayé de théoriser l'état-limite d'une façon originale : il s'agit de Jean-Jacques Rassial. Pour cet auteur, l'état-limite est un état dans la structure – qui peut donc être psychotique, névrotique ou perverse – et non une structure clinique spécifique en elle-même, à l'instar de ce qui se passe dans l'état adolescent.

## **C.2. L'ÉCOLE ANGLO-SAXONNE**

---

### *Courant psychanalytique*

Aux Etats-Unis, le terme *borderline* avait été utilisé au départ pour désigner des tableaux associant à des affections psychiatriques des symptômes physiques ! Puis ce terme est tombé dans l'oubli... Plus tard, ce sont les psychanalystes anglo-saxons qui ont remis ce concept au goût du jour : Stern, en 1938, dans son article intitulé « Investigations psychanalytiques et abord thérapeutique dans un groupe *borderline* de névroses », constate qu'il existe chez ces sujets une défaillance de l'estime de soi ainsi qu'une hyperesthésie affective ; plus tard, il parlera de « psychose de transfert » qui se développe chez ces patients lors de cures analytiques, avec le clivage comme mécanisme de défense. Par la suite, d'autres termes que « *borderline* » ont été utilisés : personnalité « *as if* » de Deutsch, ou « faux self » de Winnicott. En effet, en 1942, Deutsch a caractérisé la personnalité « *as if* » comme manquant d'authenticité dans sa relation aux autres, avec des variations du comportement selon l'interlocuteur ; Winnicott décrira le même type de relation à autrui avec le concept de « faux self ». En 1949, Hoch et Polatin parlent de « schizophrénie pseudonévrotique ». En 1951, Eisenstein a insisté sur le risque de décompensations psychotiques transitoires. Des auteurs comme Greenson (1954), Erikson (1956) ou Jacobson (1964) ont développé les notions de troubles des relations d'objets internalisés et de clivage comme mécanisme de défense.

Masterson, en 1971, a parlé de « dépression d'abandon ». Kohut (1974), a rapproché la personnalité borderline du trouble narcissique.

Enfin, là encore dans les années 1970, Kernberg a apporté une contribution considérable à la compréhension (et aussi au traitement psychanalytique) de ce trouble : dans « Les troubles limites de la personnalité » écrit en 1979, il classe le trouble borderline non pas comme une pathologie se situant entre la psychose et la névrose, mais plutôt comme un état intermédiaire entre la normalité d'un côté et les névroses-psychozes de l'autre... Pour cet auteur, les principales caractéristiques psychopathologiques du trouble borderline sont la carence d'organisation du Moi, la préservation de l'épreuve de réalité et le recours à des mécanismes de défense peu structurés de type psychotique.

### *Courant clinique*

Parallèlement au courant psychanalytique, des recherches cliniques anglo-saxonnes se sont déroulées, tendant à distinguer les troubles borderline des psychoses. Ainsi, Wolberg et Frosch, dans les années 1950-1960, ont fait la distinction entre des patients ayant présenté une symptomatologie psychotique transitoire mais conservant une épreuve de réalité (patients qu'ils ont appelé borderline), et des patients psychotiques vrais. Puis plusieurs auteurs ont défini une série de critères caractérisant la personnalité borderline : Schmideberg en 1959 a ainsi répertorié un défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse, des comportements excessifs, une tendance à l'agir pour lutter contre le vide intérieur, une intolérance aux frustrations ; Grinker, Werble et Drye ont réalisé en 1968 une analyse multifactorielle au décours de laquelle ils ont identifié un syndrome spécifique stable comportant quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression.

Enfin, c'est Gunderson depuis les années 1970 qui s'est intéressé le plus longuement à la personnalité borderline : il a d'abord résumé quatre phénomènes cliniques distincts, responsables de la poursuite de l'intérêt psychanalytique pour la population état-limite. Premièrement, certains patients, qui fonctionnent apparemment bien, en particulier selon les tests psychologiques, présentent néanmoins des scores inadéquats de modes de pensées dysfonctionnelles (« pensée primitive » en termes psychanalytiques) par rapport à des tests non structurés. Deuxièmement, un groupe d'individus qui apparaissait, a priori, pouvoir bénéficier d'une psychanalyse, tend à très peu progresser durant le traitement et nécessite souvent l'arrêt de l'analyse et une hospitalisation. Troisièmement, on a identifié un groupe, qui contrairement à la majorité des patients, a tendance à se détériorer, comportementalement

parlant, dans des programmes ambulatoires de traitement ou de soutien, et en hospitalier. Enfin, le quatrième phénomène observé est le fait que ces individus engendrent, de manière caractéristique, une colère et un désarroi intenses chez les soignants... (Gunderson, 1984).

Puis Gunderson a dégagé à partir de plusieurs études successives les traits les plus spécifiques de cette personnalité ; il en a retenu six : l'impulsivité, les actes auto-agressifs répétés, les affects dysphoriques chroniques, les distorsions cognitives transitoires, les relations interpersonnelles intenses et instables, et enfin la peur chronique d'être abandonné (Gunderson *et al.*, 1996). C'est cet auteur qui a élaboré le premier instrument standardisé de diagnostic du trouble borderline : le DIB (Diagnostic Interview for Borderline, Gunderson *et al.*, 1981).

En 1980, Perry et Klerman ont extrait cent quatre traits diagnostiques de la personnalité borderline décrits dans la littérature ! Ainsi, il existait donc une faible congruence qui reflétait l'hétérogénéité d'un concept aux multiples sous-types... Ces mêmes auteurs ont donc tenté de décrire plus spécifiquement ce trouble, et à l'aide d'une échelle d'évaluation qu'ils ont créée (BPS : Borderline Personality Scale), ils ont ainsi dégagé les caractéristiques suivantes : le sujet borderline est narcissiquement préoccupé par lui-même, sans empathie, vulnérable au stress et ayant un faible sens de son identité.

### **C.3. CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES**

---

#### **DSM**

Ce sont finalement les conclusions de Gunderson qui seront prises en compte dans les critères diagnostiques des DSM successifs. L'Association américaine de psychiatrie a proposé en 1979 aux cliniciens américains de séparer leurs patients répondant plutôt aux critères de la schizophrénie pseudo-névrotique de ceux répondant aux critères borderline de Gunderson : c'est ainsi que deux types de personnalité distinctes et indépendantes ont pu être dégagées et retenues par les DSM-III et IV : la personnalité schizotypique et la personnalité borderline. Ainsi, le concept formalisé de personnalité borderline (PBL) n'est apparu dans le DSM qu'en 1980, date de sa 3<sup>ème</sup> version. La décision la plus controversée fut probablement d'utiliser le terme « état-limite » pour la désignation officielle du trouble...

Le DSM-III (1980) traduit en français (1983) conservait le terme « limite », avec le terme « borderline » mis entre parenthèses ; le DSM-IV (1994) traduit en français (1996) ne met plus en avant que le terme « borderline ». La hiérarchie des critères entre le DSM-III, le DSM-III-R et le DSM-IV a également été modifiée à chaque fois. Certaines expressions

comme la « manipulation d'autrui » ont été retirées au fur et à mesure des révisions, d'autres ont été améliorées (ex : dans le critère « instabilité affective », le terme « dépression » a été remplacé par « dysphorie épisodique intense », le « sentiment chronique d'ennui » a été remplacé par « sentiment chronique de vide »), et plus de précisions ont été ajoutées pour éviter les corrélations entre les critères. Enfin, le grand apport du DSM-IV par rapport à ses prédécesseurs est d'inclure un 9<sup>ème</sup> critère qui est celui de la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. Le DSM-IV-TR (2000, traduit en français en 2003), n'apporte pas de nouveauté dans la définition de la PBL.

## **CIM**

L'OMS a longtemps ignoré dans ses classifications la personnalité borderline (et il en est toujours de même pour la personnalité schizotypique) ; ce n'est que dans sa 10<sup>ème</sup> révision en 1992 qu'elle a retenu pour la première fois ce trouble, classé comme sous-type d'une catégorie de personnalité intitulée « émotionnellement labile », à côté du sous-type « impulsif ». (Auparavant, dans la CIM-9, la personnalité « épileptoïde » semblait présenter des critères correspondant à la PBL...). La définition du sous-type borderline de la CIM-10 est cependant comparable à celle du DSM-IV, mais les auteurs restent sceptiques quant à la pertinence clinique de cette catégorie de trouble, et disent ne la retenir que dans une perspective de recherche...

On voit donc comme ce concept de personnalité borderline a été difficile à définir, à cerner : ce sont dans un premier temps les psychanalystes qui ont théorisé des notions caractérisant le trouble limite de la personnalité, dans une démarche plutôt étiologique chez les Franco-Germaniques, et plutôt descriptive chez les Anglo-Saxons ; puis, les cliniciens ont su s'approprier ces notions pour préciser leur pertinence d'un point de vue statistique, afin de caractériser plus spécifiquement le trouble borderline. Ainsi, plusieurs critères ont été utilisés pour tenter de définir cette personnalité, mais peu d'entre eux ont été finalement retenus : lesquels et pourquoi ?

## **D. LES DEUX DÉFINITIONS DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : DIFFÉRENCES ENTRE DSM-IV ET CIM-10**

---

### **D.1. DSM-IV**

---

Dans le DSM-IV, le diagnostic de personnalité borderline repose sur la présence d'au moins cinq critères d'un ensemble de neuf :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5) : la perception d'une séparation ou d'un rejet imminents ou la perte d'une structure externe peuvent profondément modifier l'image de soi, les affects, la cognition ou le comportement. Cette peur d'être abandonné est liée à l'intolérance à la solitude et au besoin d'avoir d'autres gens avec soi.

2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation : il est possible d'idéaliser un partenaire potentiel après seulement une ou deux rencontres, et partager dès lors les détails les plus intimes, puis basculer très vite de l'idéalisation à la dévalorisation, estimant que cette personne ne donne pas assez et qu'elle a donc déçu : le partenaire est vu tour à tour comme un soutien généreux, puis comme méchant et cruel.

3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi : il y a des retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels. Bien que l'image de soi soit fondée sur la notion d'être bon ou mauvais, le sentiment de ne pas exister du tout peut survenir. Les performances chutent en fait en l'absence de soutien.

4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.

5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations : ces actes autodestructeurs sont souvent précipités par des menaces de séparation ou de rejet ou par l'attente que le sujet assume plus de responsabilités. Une automutilation peut survenir pendant une expérience de dissociation et apporte souvent un soulagement dans la mesure où elle vient reconfirmer que le sujet peut ressentir voire qu'il expie le fait qu'il est mauvais.

6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) : l'humeur dysphorique de base est souvent entrecoupée de périodes de colère, de panique ou de désespoir et est plus rarement éclaircie par des périodes de bien-être ou de satisfaction. Ces épisodes peuvent refléter la sensibilité extrême de l'individu aux facteurs de stress interpersonnels.

7. Sentiments permanents de vide : l'ennui est facile et la recherche d'occupation permanente.

8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) : la colère du sujet est souvent provoquée par l'impression que son partenaire le néglige. Ces accès de colère sont souvent suivis par de la honte et de la culpabilité et contribuent à l'impression qu'a le sujet d'être mauvais.

9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (exemple : dépersonnalisation). Ces épisodes surviennent le plus souvent en réponse à un abandon réel ou imaginé, et ne durent que quelques minutes à quelques heures.

Bien entendu, comme pour tout trouble de la personnalité, ces critères doivent être apparus au plus tard au début de l'âge adulte, et doivent se manifester dans des contextes divers.

## *Commentaires sur les critères diagnostiques du DSM-IV*

### *Instabilité*

C'est le maître-symptôme de la personnalité borderline ; alors que les instances psychiques et les modalités défensives sont stables dans les personnalités névrotiques et psychotiques, ici, on constate une instabilité dans tous les domaines. Gunderson a décrit la triple instabilité des patients borderline : instabilité de l'identité, de l'affectivité et des cognitions (Gunderson, 2001).

L'instabilité de l'identité est due à une instabilité de l'image de soi : il existe un déficit narcissique, qui paradoxalement peut se manifester (rarement) par une survalorisation de soi ; il est surtout accompagné d'une impression de vide et du besoin de ne pas être abandonné.

L'instabilité de l'affectivité, comme il a été dit plus haut, se manifeste par une instabilité des représentations qu'a le sujet de lui-même et des autres, ainsi que par une instabilité des affects éprouvés ; le sujet a des représentations d'autrui qui ne sont pas stables dans le temps, oscillant entre des positions extrêmes d'idéalisation et de rejet ; il n'existe pas d'ambivalence, pas de demi-mesure, le sujet borderline est incapable de voir à la fois les qualités et les défauts d'un objet simultanément. Ses affects subissent les mêmes distorsions, ce qui explique des conduites variables dans le temps, souvent chaotiques.

L'instabilité des cognitions se traduit par des pensées éparées, irréflechies, brusques, et souvent contradictoires : lorsqu'une idée envahit son esprit, le sujet ne peut tenir compte de ce qu'il pensait auparavant ; la pensée est donc également discontinuée.

### *Impulsivité*

Sur le plan comportemental, elle se manifeste par une violence sans justification, des colères inappropriées, des disputes fréquentes ; sur le plan affectif, on note une irritabilité ainsi qu'une intensité trop rapide dans les relations interpersonnelles ; mais surtout, ce qui spécifie l'impulsivité de l'état limite est son orientation auto-agressive, avec passages à l'acte brusques et imprévisibles (tentatives d'autolyse, automutilations, conduites addictives).

### *Déficit narcissique et sentiment chronique de vide, avec peur de l'abandon*

Il en résulte comme il a été décrit plus haut une dévalorisation de soi importante, l'inflation de l'estime de soi (« Soi grandiose de Kohut ») n'étant qu'une réaction fragile et transitoire. Cette dévalorisation selon les psychanalystes expliquerait le besoin de sources externes de comblement narcissique, d'où la nécessité absolue de ne pas être abandonné.

### *Symptômes psychotiques transitoires*

Ils surviennent en cas de stress uniquement, et sont passagers, ce qui permet de les différencier d'un authentique délire constitué. Il s'agit en général d'idéation de type persécutoire, de distorsions perceptives, de pensées magiques ou de symptômes dissociatifs. Les hallucinations, la dépersonnalisation et la déréalisation n'ont pas été retenues dans ce critère diagnostique du DSM-IV, cependant, on sait qu'ils peuvent survenir, surtout lors de consommations de toxiques fréquentes chez ces patients... Ce sont ces symptômes qui expliquent que le trouble borderline a longtemps été considéré comme une forme de psychose, et qu'il continue encore parfois à l'être...

## D.2. CIM-10

---

Dans la CIM-10, rappelons tout d'abord que le trouble borderline figure comme étant un sous-type de la personnalité émotionnellement labile (l'autre sous-type étant le type impulsif) ; donc dans la CIM-10, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline, repose sur la présence d'au moins trois des cinq critères caractérisant la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, plus au moins deux caractéristiques d'une liste de cinq critères. (Le sous-type impulsif repose quant à lui sur la présence d'au moins trois caractéristiques d'un ensemble de cinq, dont obligatoirement le critère 2 :

### *Type impulsif*

1. Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.
2. Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.
3. Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.
4. Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.
5. Humeur instable et capricieuse.

### *Type borderline*

1. Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).
2. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.
3. Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.
4. Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.
5. Sentiments permanents de vide.

Le tableau II montre la juxtaposition des critères de la CIM-10 avec ceux du DSM-IV.

**Tableau II. Juxtaposition des critères CIM-10 et DSM-IV de la PBL.**

<b>CIM-10 : Personnalité émotionnellement labile</b>	<b>DSM-IV : Personnalité borderline</b>
<p><b>Type impulsif</b></p> <p>Présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes, dont obligatoirement (2) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.</li> <li>2. Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.</li> <li>3. Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.</li> <li>4. Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.</li> <li>5. Humeur instable et capricieuse.</li> </ol>	<p>Présence d'au moins cinq des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.</li> <li>8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétée).</li> <li>6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).</li> </ol>
<p><b>Type borderline</b></p> <p>Présence d'au moins trois des caractéristiques du type impulsif, avec, de plus, au moins deux des suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).</li> <li>7. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.</li> <li>8. Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.</li> <li>9. Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.</li> <li>10. Sentiments permanents de vide.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.</li> <li>2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.</li> <li>1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).</li> <li>5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.</li> <li>7. Sentiments permanents de vide.</li> <li>9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.</li> </ol>

D'après FELINE A, GUELFY JD, HARDY P. Les troubles de la personnalité. Médecine – sciences Flammarion, 2002.

Il ressort de ce tableau que la plupart des critères de la personnalité émotionnellement labile type borderline et de la personnalité borderline sont communs aux deux définitions. Il existe plus précisément huit critères identiques : impulsivité, tendance aux éclats de colère, instabilité affective, perturbation de l'identité, mode de relations interpersonnelles instables et intenses, efforts démesurés pour éviter l'abandon, menaces ou gestes auto-agressifs, et sentiments permanents de vide. Un seul critère de la CIM-10 n'est pas repris dans le DSM-IV : la difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate. De même, un seul critère du DSM-IV n'est pas repris dans la CIM-10 : la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Cependant, globalement, il ressort donc de cette analyse que les concepts de personnalité émotionnellement labile type borderline et de personnalité borderline sont très proches. On note néanmoins que la CIM-10 insiste plus sur la notion d'impulsivité ; tandis que pour le DSM-IV, le diagnostic de personnalité borderline reste possible même si ce critère n'est pas satisfait, dans la CIM-10, une personnalité émotionnellement labile type borderline présente obligatoirement trois critères d'impulsivité pour être validée...

## **E. AUTRES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES NON RETENUS DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES**

---

### **E.1. ANGOISSE**

---

Il s'agit d'une angoisse spécifique, qui est très différente de l'angoisse névrotique car elle n'est pas liée à des représentations mentales. Elle revêt parfois l'allure d'expériences quasi-psychotiques. En fait, l'angoisse de la personnalité borderline n'est jamais la même : là encore, elle est caractérisée par une instabilité des manifestations anxieuses, qui sont donc multiples : simple tension anxieuse ou état dysphorique ou encore sous forme de manifestations somatiques avec sidération mentale.

### **E.2. PAUVRETÉ DE LA VIE FANTASMATIQUE**

---

A la différence du névrosé qui a une vie fantasmatique riche, le sujet limite présente une faible aptitude à la rêverie, à l'imagination. Ceci se manifeste dans les entretiens cliniques par des réponses brèves et une faible capacité aux associations, ce qui peut être facilement décelable et donc constituer un argument diagnostique...

### **E.3. TROUBLES DE L'HUMEUR**

---

Ils sont l'objet de controverses : Akiskal par exemple exclut l'existence de la personnalité borderline, qui ne serait selon lui qu'une forme de trouble de l'humeur (Akiskal, 1981). Au contraire, Ruggero et Zimmerman font l'hypothèse que le trouble borderline est sous-diagnostiqué car souvent confondu avec un trouble bipolaire (Ruggero *et al.*, 2010).

En réalité, les troubles thymiques sont très fréquents et revêtent une tonalité particulière dans le trouble de personnalité borderline : la dépression ne comporte ni le ralentissement psychomoteur de la dépression endogène, ni la culpabilité mélancolique, ni l'anxiété des dépressions névrotiques, et elle paraît en général moins intense. On note plutôt ici au premier plan un sentiment de vide, avec ennui et morosité, qui alternent avec une irritabilité ou même de la colère. Les passages à l'acte sont plus fréquents que dans les autres formes de dépression.

### **E.4. FANTAISIES ET COMPORTEMENTS GRANDIOSES**

---

Désigné par Kohut par le terme de « Soi grandiose », ce critère n'est retenu par le DSM-IV que pour définir la personnalité narcissique. Il est cependant utilisé par certains auteurs comme Perry et Klerman comme élément de définition de la personnalité borderline.

## **E.5. IRRITABILITÉ ET AGRESSIVITÉ**

---

Retenues là encore dans le DSM-IV que pour le diagnostic de la personnalité antisociale.

## **E.6. CRITÈRES PSYCHANALYTIQUES**

---

- Distorsions des relations d'objets internalisés (Deutsch)
- Moi lacunaire et anaclitique, recours au clivage et régression narcissique (Bergeret)
- Perturbations des représentations de soi et d'objet (Widlöcher)
- Clivage, défaut d'intégration du Moi et identification projective (Kernberg)
- Clivage, identification projective, défaut de l'investissement de l'espace psychique interne et fonctionnement en extériorité avec prédominance de la destructivité (Chabert).

Ainsi, on peut dire que le clivage est le principal critère psychanalytique (retrouvé chez plusieurs auteurs). Il se manifeste par une discontinuité psychique, une hétérogénéité de la pensée, avec comme nous l'avons déjà dit une incapacité à admettre l'ambivalence : c'est le « tout bon » ou le « tout mauvais ».

Un autre concept intéressant est le défaut d'investissement de l'espace psychique interne, qui se traduit par une faible aptitude à un raisonnement intérieur, une faible capacité d'élaboration, ainsi qu'une vie fantasmatique crue.

Egalement, la différenciation entre le sujet et l'autre, entre le dedans et le dehors, est précaire.

## **F. AUTRES SYMPTÔMES RENCONTRÉS, NON SPÉCIFIQUES, MAIS AYANT DES PARTICULARITÉS DANS LA PBL**

---

### **F.1. TROUBLES D'ALLURE NÉVROTIQUE**

---

Ces troubles ont des caractéristiques qui permettent de les différencier de ceux rencontrés dans les vraies névroses : d'abord, ils ne sont pas associés aux autres traits typiques des névroses, ils sont fluctuants et très hétérogènes. On constate une fréquence importante de symptômes phobiques : ils concernent surtout le corps et la relation à l'autre, et ont une tonalité persécutive ; les symptômes hystériques sont dénués d'érotisation et de fantasmatisation ; les idées obsédantes sont sans lutte ni besoin d'autopunition.

## **F.2. TOXICOMANIES ET DÉPENDANCES**

---

Il s'agit surtout d'alcool et de drogue chez les hommes, et de troubles des conduites alimentaires chez les femmes. Elles visent à combler le vide intérieur ressenti, et sont employées là encore de manière excessive, ce qui amplifie le phénomène d'instabilité au cœur de ce trouble.

## **F.3. AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

---

La personnalité borderline peut présenter une multitude de manifestations psychiatriques (agitation, crise d'angoisse, tentative de suicide...), qui sont les motifs de consultation ou plus souvent d'hospitalisation...

## **G. FORMES CLINIQUES**

---

### **G.1. SELON LA GRAVITÉ**

---

Il existe des degrés de gravité allant de formes où seuls quelques traits de la personnalité existent, à des formes d'états limites graves.

### **G.2. SELON L'ÂGE D'APPARITION**

---

Bergeret avait déjà décrit une forme « de la sénescence », où la personnalité borderline n'est révélée qu'après un événement tardif dans la vie, venant réactiver un premier traumatisme (Bergeret, 1974). En 1993, Stone a décrit une forme de PBL qui ne devient symptomatique qu'aux alentours de la cinquantaine, suite à des événements de vie venant réactiver une pathologie du lien et ébranler des assises narcissiques fragiles (licenciement, divorce, adolescence de leurs propres enfants) ; ceci rejoint la catégorie de Bergeret... Cette forme est en général grave.

### **G.3. SELON LA COMORBIDITÉ : DE L'AXE I OU DE L'AXE II**

---

Les comorbidités des personnalités borderline sont très fréquentes, de l'ordre de 80%. Ce chiffre remet en cause la validité même de la catégorie diagnostique !...

### *Dans l'Axe I*

Ce sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux que l'on retrouve le plus souvent ; ainsi, la présence concomitante d'un trouble bipolaire chez une PBL s'élève à environ 20 % des cas (Gunderson *et al.*, 2006).

On retrouve également les troubles addictifs et les troubles des conduites alimentaires (TCA) : chez l'homme, l'association avec des épisodes d'abus d'alcool et de substances toxiques diverses est fréquente, alors que chez la femme, ce serait plus des TCA de type boulimique (Tucker *et al.*, 1987). 21 à 67% des personnes borderline ont un abus de substance (TARA APD, 2004), et 27 à 37% des personnes ayant un abus de substance seraient borderline (NAMI, 2003). Un suivi sur 2 ans a montré que 20,4% des patients souffrant de trouble borderline ont expérimenté un abus et ou une dépendance à l'alcool sur cette période (Zanarini *et al.*, 2004) ; par ailleurs, 22,4% des personnes qui abusent de l'alcool sont borderline (Morgenstern *et al.*, 1997).

Il y aurait également 30 % des PBL qui auraient un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) comme comorbidité (Swartz *et al.*, 1990).

Une autre catégorie de trouble est souvent associée à la PBL : le comportement parasuicidaire (incluant les tentatives de suicide et les comportements auto-dommageables, avec peu ou pas d'intention de provoquer la mort) : Marsha Linehan a beaucoup étudié ce lien, et en a fait la base de sa théorie thérapeutique dialectique. En effet, elle a constaté que les deux types de troubles comportaient plusieurs points communs, et étaient souvent associés (Linehan, 1993).

### *Dans l'Axe II*

Les personnalités les plus fréquemment associées au trouble PBL sont 2 personnalités du cluster B : antisociale et histrionique, une personnalité du cluster A : la personnalité schizotypique, et une personnalité du cluster C : la personnalité évitante. L'association de plusieurs troubles de la personnalité est la règle générale (Pope *et al.*, 1983).

Un autre travail a aussi montré que les personnalités du cluster B étaient celles qui étaient les plus comorbides à la PBL, mais en particulier la personnalité narcissique ; les personnalités du cluster C les plus souvent comorbides sont les personnalités dépendante et évitante (Chaine *et al.*, 1999).

D'autres résultats plus récents montrent toujours que le cluster B est le plus représenté en terme de comorbidités, avec là encore la personnalité antisociale en premier lieu, suivie des

personnalités narcissique et histrionique ; à noter également une importante association à la personnalité paranoïaque (Johansen *et al.*, 2004). Une autre étude épidémiologique trouve que ce sont les personnalités schizotypique et narcissique qui sont le plus associées à la personnalité borderline (Grant *et al.*, 2008).

#### **G.4. SELON L'ORIENTATION DIMENSIONNELLE OU CATÉGORIELLE DU TROUBLE**

---

Certains auteurs, en particulier ceux appartenant au courant biologique ou biosocial, considèrent qu'il existe des sous-types d'états-limites, et non une catégorie unique ; par exemple, trois catégories sont différenciées : l'une rattachée à la schizophrénie, l'autre au trouble affectif, et enfin une autre à des troubles organiques cérébraux (Stone, 1987). Un autre sous-type de PBL est décrit : celui qui présente comme caractéristique la présence de comportements para-suicidaires importants, et pour lequel certains critères diagnostiques retenus dans les classifications internationales sont différents des autres types de PBL : ces individus semblent être plus déprimés et cherchent souvent à sur-contrôler leur colère et à l'inhiber (Linehan, 1993).

### **H. ÉTIOPATHOGÉNIE**

---

#### **H.1. ABORD PSYCHANALYTIQUE**

---

Les psychanalystes ont depuis longtemps élaboré des concepts permettant de comprendre l'économie psychique borderline. Le modèle psychopathologique est caractérisé, si on le compare à celui de la névrose, par la prépondérance de l'archaïque sur l'oedipien, avec utilisation du clivage comme mécanisme de défense plutôt que le refoulement. Cette économie est le résultat d'un traumatisme précoce pré-oedipien, réactivé à l'âge adulte (Bergeret, 1974). Le clivage a été étudié par des psychanalystes comme Kernberg, Bergeret, Kohut ; il existe selon ces auteurs un clivage entre les pulsions ainsi qu'un clivage entre les fantasmes. En effet, dans l'état-limite, l'intrication habituelle entre la pulsion sexuelle et la pulsion de mort (dans sa dimension agressive), ne s'est pas réalisée : ces deux pulsions ne se manifestent donc qu'alternativement ; de même, il y a clivage entre des fantasmes opposés qui envahissent successivement la vie imaginaire de façon incohérente. Les pulsions et les fantasmes contradictoires sont extrêmes, jamais mesurés. Les processus archaïques sont à l'état brut et massifs (contrairement à la névrose) : les fantasmes sont crus, les affects sont violents ; l'économie limite fonctionne dans l'extrême, les objets ne pouvant être qu'idéalisés

ou dangereux : il n'y a pas de juste milieu, ni d'ambivalence possible. Ce fonctionnement archaïque avec clivage se manifeste dans la relation d'objet, qui n'est pas homogène comme dans la névrose ; il existe en fait dans l'état-limite plusieurs relations possibles avec le même objet, relations contradictoires et extrêmes, sans ambivalence. Il n'y a pas d'objet total, mais de multiples objets partiels non regroupés. De même, l'identité propre est diffuse.

## **H.2. ABORD COGNITIF**

---

Les cognitivistes considèrent la PBL comme le résultat de schémas cognitifs dysfonctionnels développés précocement. Les théories cognitives pures sont, sur de nombreux points, comparables aux théories psychanalytiques les plus cognitivement orientées. Le « style cognitif » des personnalités borderline partage certaines caractéristiques avec d'autres troubles de la personnalité : il s'agit de distorsions cognitives comme l'abstraction sélective, les inférences arbitraires, la maximisation et la minimisation ; le traitement dichotomique des informations est particulièrement évocateur (« tout bon ou tout mauvais ») ; les styles de pensée sont des schémas de rejet, de vulnérabilité sans recours, de manque de valeur et d'amour d'autrui.

## **H.3. ABORD BIOLOGIQUE**

---

Au contraire du continuum unique proposé par la pensée psychanalytique, les théoriciens orientés vers la biologie ont conceptualisé la PBL selon plusieurs continua. De leur point de vue, le trouble est composé d'un ensemble de syndromes cliniques, chacun possédant sa propre étiologie et sa propre évolution. Ainsi, une méta-analyse conclut que le trouble est en lien avec différents troubles majeurs de l'Axe I, si l'on prend en considération les caractéristiques cliniques, l'histoire familiale, la réponse au traitement et les marqueurs biologiques ; trois catégories d'états-limites sont alors individualisées : l'une reliée à la schizophrénie, une autre reliée au trouble affectif, et la troisième reliée à des troubles organiques cérébraux ; il existe des formes mixtes (Stone *et al.*, 1981).

Il a été dégagé chez tous les patients une tendance générale aux « réponses comportementales non modulées », reliée à la notion d'hyper-irritabilité sous-jacente à ce type de personnalité, qui correspondrait à un dysfonctionnement limbique. Ainsi, seulement 10 à 15% des PBL chez l'adulte seraient d'origine purement psychogène (Stone, 1993). Deux hypothèses psychobiologiques sont proposées : une dysrégulation émotionnelle sous-tendue par un système noradrénergique hyper-réactif, et un mauvais contrôle comportemental basé sur une modulation sérotoninergique réduite. Dans ce contexte, la PBL peut être considéré

comme appartenant au spectre de l'impulsivité ou des dysrégulations émotionnelles (Siever & Davis, 1991).

#### **H.4. ABORD BIOSOCIAL**

---

Une quatrième approche de la PBL a été proposée, basée sur la théorie de l'apprentissage biosocial : elle souligne l'importance de l'interaction réciproque du biologique et de l'apprentissage social dans l'étiologie du trouble (dysfonctionnement primaire du système de régulation émotionnelle - du à des facteurs génétiques et des expériences traumatiques intra-utérines ou de la petite enfance - en interaction avec un environnement invalidant) ; ceci serait la cause de la non acquisition d'habiletés telles que la capacité à calmer l'émotion ou à contrôler un comportement : ces sujets, incapables de réguler leurs émotions, les réduiraient par des passages à l'acte. Ainsi, ce modèle de PBL résulterait d'une détérioration de modèles de personnalité moins perturbés qui le précèdent (Millon, 1987). Une autre hypothèse biosociale met l'accent sur l'existence de trois dimensions dichotomiques : une vulnérabilité émotionnelle en interaction avec un entourage non sécurisant, une passivité cachée par une apparence impulsive, et une tendance aux crises émotionnelles liée à une inhibition de la souffrance. Par ailleurs, les comportements chaotiques de l'état-limite seraient une réponse normale à des événements dysfonctionnels, psychologiques et environnementaux. De plus, il existerait plusieurs catégories d'états-limites, avec en particulier la catégorie présentant des histoires répétitives de comportements auto-dommageables, de mutilations ou d'atteinte à la vie (Linehan, 1993).

#### **H.5. ABORD BIO-PSYCHO-SOCIAL**

---

Ce modèle représente une tentative d'intégration des conclusions cliniques, neurobiologiques, génétiques et psychosociales des études empiriques des 25 années précédentes. Une combinaison des modèles catégoriel et dimensionnel avec des formulations fondées sur la théorie psychodynamique a été proposée (Kernberg, 1997). Ce modèle comporte cinq axes :

- Le degré d'intégration du Moi : le syndrome d'identité diffuse est la dimension fondamentale ; elle conditionne la gravité des distorsions du fonctionnement mental du patient.
- Le degré de développement du Surmoi : il est une conséquence du recours à des modes de défense archaïques centrés sur le clivage. Il constitue l'élément pronostique majeur.

- La gravité du traumatisme ou de l'agression : il s'agit des dysfonctionnements familiaux sévères ainsi que des sévices physiques et sexuels particulièrement graves chez les patients borderline.
- L'axe dimensionnel extraversion/introversion : il permettrait de définir le seuil des réactions affectives.
- La dysrégulation entre euphorie et dépression (elle serait une prédisposition d'origine génétique).

Le tableau III indique les principales orientations du trouble de personnalité borderline, avec les principaux auteurs correspondants, les hypothèses étiologiques, les thérapeutiques proposées, et d'autres données se rapportant à ces orientations.

**Tableau III. Principales orientations du trouble de personnalité borderline.**

<b>Dimensions</b>	<b>Psychanalyse</b>	<b>Biologique</b>	<b>Eclectique</b>	<b>Biosocial</b>	<b>Cognitif</b>
<b>Principaux théoriciens</b>	Adler Kernberg Masterson Meissner Rinsley	Akiskal Adrulonis Cowdry Gardner Hoch Kasanin D. Klein Kety Polatin Soloff Stone Wender	Frances Grinker Gunderson DSM-III, DSM-III-R et DSM-IV Spitzer	Linehan Millon Turner	Beck Pretzer Jung
<b>Signification du terme « état-limite »</b>	Niveau psycho-structurel ou conflit psychodynamique	Version douce d'un trouble majeur	Trouble de personnalité spécifique	Trouble de personnalité spécifique	Trouble de personnalité spécifique
<b>Données sur lesquelles repose le diagnostic</b>	Symptômes, inféré des structures intrapsychiques, transfert	Symptômes cliniques, histoire familiale et génétique, réponses au traitement et marqueurs biologiques	Combinaison de symptômes et observations comportementales, données psychodynamiques et tests psychologiques (WAIS, Rorschach)	Observations comportementales, entretiens structurés, données des tests comportementaux	Observations comportementales, entretiens structurés, données des tests comportementaux
<b>Etiologie du trouble</b>	Education, nature, destin	Nature	Non spécifiée	Nature, éducation	Education
<b>Composition de la population état-limite</b>	Homogène : structure intrapsychique Hétérogène : symptômes descriptifs	Hétérogène : tout l'ensemble Homogène : chaque sous-catégorie	Hétérogène	Hétérogène	Non spécifiée
<b>Importance de diagnostiquer les sous-catégories</b>	Sans importance sauf Meissner	Important	Assez important	Important	Non spécifié
<b>Base de création de la sous-catégorie</b>	-----	Etiologie	Grinker et Gunderson : clinique DSM : clinique et étiologique	Modèles comportementaux	Non spécifié
<b>Traitement recommandé</b>	Psychanalyse Psychothérapie confrontative	Chimiothérapie	Non spécifié	Modification du comportement ; thérapie cognitivo-comportementale	Thérapie cognitive modifiée

Adapté de "Treatment of the borderline personality" par P.M. Chatham, 1985, New York : Jason Aronson. Copyright 1985 par Jason Aronson, Inc. Traduit en français dans « Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite » de M. Linehan, par Dominique Page et Pierre Wehrlé, 2000.

## **I. DERNIÈRES DONNÉES : BIOLOGIE, GÉNÉTIQUE ET NEUROSCIENCES**

---

### **I.1. BIOLOGIE**

---

Il s'agit principalement des deux hypothèses psychobiologiques proposées par Siever et Davis en 1991 : une dysrégulation émotionnelle sous-tendue par un système noradrénergique hyperréactif, et un mauvais contrôle comportemental basé sur une modulation sérotoninergique réduite.

### **I.2. GÉNÉTIQUE**

---

Le trouble de personnalité borderline est en grande partie génétique selon une recherche américaine et néerlandaise : 42% de la variation dans les caractéristiques de la personnalité borderline sont attribuables à l'influence génétique et 58% à l'influence environnementale. Il n'y a pas de différence dans les taux d'héritabilité entre hommes et femmes. Une recherche ultérieure a montré l'influence d'un gène situé sur le chromosome 9 (Distel *et al.*, 2008).

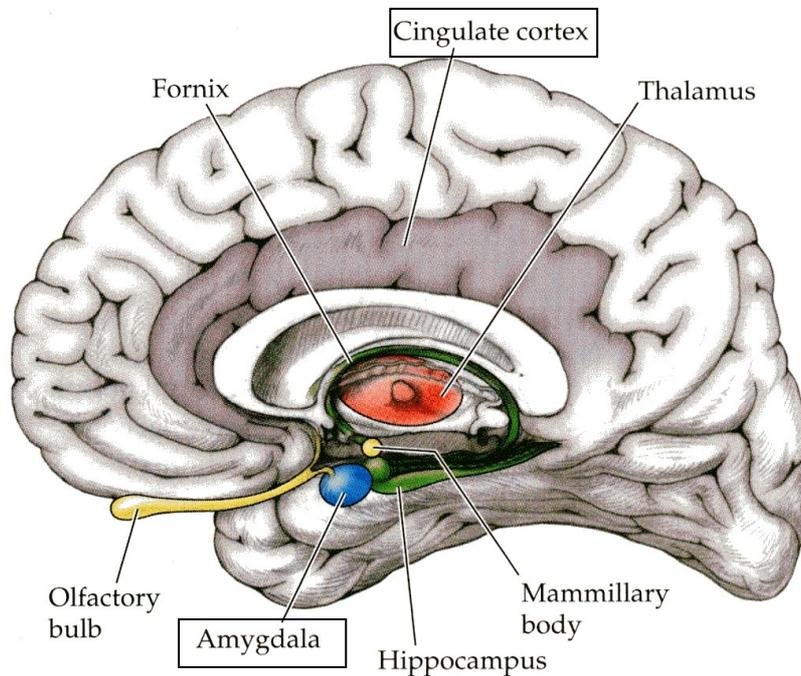
Le trouble PBL est 5 fois plus fréquent chez les parents biologiques au premier degré que dans la population générale, et il est associé à un risque familial élevé de troubles liés à l'utilisation de substances, de l'existence de personnalités antisociales et de troubles de l'humeur (APA, 2000).

### **I.3. NEUROPHYSIOLOGIE/NEUROANATOMIE**

---

Plusieurs études ont montré le dysfonctionnement des zones cérébrales impliquées dans la régulation des émotions chez les sujets souffrant d'un trouble PBL : l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur, et certaines zones des sillons intrapariétaux (figure 1).

**Figure 1. Coupe sagittale encéphalique : localisation de l'amygdale et du cortex cingulaire.**



Les personnes présentant une PBL ont un excès de substance grise au niveau de l'amygdale : cette région est donc suractivée en réponse à certains stimuli perçus comme menaçants. À l'inverse, le cortex cingulaire antérieur, qui régule l'amygdale, présente une déficience en cellules nerveuses et est sous-activé : cette région échoue à jouer son rôle qui serait normalement de mettre un frein à l'emballement de la réponse de peur (Minzenberg *et al.*, 2008). Les anomalies de fonctionnement de ces régions sont liées à la sérotonine, un neurotransmetteur qui joue un rôle dans la régulation de l'humeur. Des altérations similaires dans les mêmes circuits ont été associées à la dépression et aux troubles anxieux, indiquant que la PBL peut partager des mécanismes communs avec ces troubles qui ont traditionnellement été abordés par la loupe de la biologie. Une méta-analyse a montré que le volume total de l'amygdale, ainsi que celui de l'hippocampe, étaient plus bas chez les sujets ayant une PBL (Nunes *et al.*, 2009). Ces 2 zones appartiennent au système limbique impliqué dans les émotions.

En ce qui concerne le contrôle des comportements (en présence d'affects négatifs), c'est une région à la base du cerveau, dans le cortex préfrontal ventromédian, qui est moins active, ce qui serait à l'origine de l'impulsivité. (Silbersweig *et al.*, 2007).

Une autre région cérébrale impliquée est l'insula, qui se trouve corrélée au fait de ne pas saisir correctement certains indices sociaux (de confiance par exemple), ce qui implique une méfiance et une vision négativiste de l'autre. (King *et al.*, 2008).

## **J. ÉPIDEMIOLOGIE/ÉVOLUTION**

---

La prévalence générale de la personnalité borderline a été estimée entre 0,2 % à presque 2 % au sein de la population générale et à approximativement 15 % parmi l'ensemble des consultants des services psychiatriques (Widiger & Frances, 1989). Les dernières données de l'OMS estiment la prévalence à 2 à 4 % de la population générale. L'APA donne les chiffres suivants : 2 % de la population générale est concernée par ce trouble, 10 % des consultations psychiatriques, et 15 à 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie ; parmi les personnes présentant un trouble de la personnalité, il existe une personnalité borderline dans 30 à 60 % des cas. Une étude a évalué la prévalence du trouble de personnalité borderline à environ 6 % de la population générale (Grant *et al.*, 2008).

### **J. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

---

La PBL est plus fréquente chez la femme : dans 75 % des cas (APA, 2000). Une étude plus récente montre cependant que le sexe-ratio est égal à 1. Ce trouble est souvent associé à d'autres pathologies mentales et physiques, mais là surtout chez les femmes. Il est rencontré le plus souvent chez des sujets jeunes, séparés ou divorcés, ayant de faibles revenus et un faible niveau d'éducation (Grant *et al.*, 2008). Beaucoup de ces patients sont sans activité professionnelle, et n'ont pas de diplôme d'études secondaires (Widom *et al.*, 2009).

### **J.2. ANTÉCÉDENTS**

---

Jusqu'à la fin des années 90, beaucoup d'études ayant porté sur les antécédents, notamment pendant la petite enfance, souffraient de sérieuses limitations méthodologiques, comme l'absence habituelle d'abord prospectif et de groupe de contrôle. Il n'existait donc que des données empiriques en faveur du rôle des violences physiques et particulièrement sexuelles (notamment dans le cadre familial) dans la genèse de la labilité émotionnelle, du sentiment diffus d'identité, d'insécurité profonde avec doute permanent sur les intentions réelles d'autrui (Zanarini *et al.*, 1979 ; Herman *et al.*, 1989). Cependant, les abus sexuels ne sont ni nécessaires ni suffisants pour faire évoluer un sujet vers une PBL, mais en revanche, la carence de soins par les parents est un facteur de risque significatif (Zanarini *et al.*, 1997). On

note aussi la fréquence des antécédents de séparations, de pertes précoces et d'échec du couple parental, au point que 3 % des patients borderline répondent aux critères des états de stress post-traumatique (Gunderson & Zanarini, 1989 ; Soloff & Milward, 1983).

On retrouve également souvent dans les antécédents parentaux une dépression chez la mère ou un alcoolisme chronique chez le père (Chaine & Guelfi, 1999), et il existe une forte stabilité intrafamiliale du diagnostic de personnalité borderline (Zanarini, 1993).

### **J.3. DERNIÈRES ÉTUDES CONCERNANT LES ANTÉCÉDENTS : ANNÉES 2000**

---

Le lien entre traumatisme précoce et développement d'une PBL a été étudié, la notion de traumatisme englobant abus sexuel, violence, séparation des parents, maladies infantiles et autres facteurs : Seuls 6,1 % des patients borderline (contre 61,5 % de la population témoin) n'ont rapporté aucun événement traumatique grave. L'attitude parentale a été étudiée également : elle était significativement plus défavorable dans le groupe borderline. Les patients ont rapporté de plus forts taux de troubles psychiatriques dans leurs familles en général, particulièrement des troubles anxieux, des dépressions et des suicides. Parmi les facteurs de risque de la naissance, une naissance prématurée a été rapportée plus souvent chez les sujets borderline (Bandelow *et al.*, 2005). Le lien entre un passé de maltraitance et le développement d'une PBL, via une perturbation de l'image de soi, a été confirmé par une autre étude, qui a montré également un lien entre l'existence de troubles de l'attention, troubles émotionnels et comportementaux dans l'enfance/adolescence et la PBL à l'âge adulte (Carlson *et al.*, 2009). Une autre étude prospective a montré que les enfants maltraités ou négligés étaient plus à risque de développer une PBL ; cette étude a également fait la corrélation entre un antécédent parental – le trouble addictif - et la PBL (Widom *et al.*, 2009).

### **J.4. ÉVOLUTION**

---

Les études de suivi au long cours des personnalités borderline ont été inaugurées par celle de Grinker et ses collaborateurs (1968-1977) : 41 patients initialement hospitalisés ont été suivis pour la plupart de 6 mois à 3 ans : ce sont surtout les troubles de l'humeur qui ont émaillé l'évolution, l'apparition d'une schizophrénie n'est survenue que pour 2 patients. Les études ayant suivi ont montré la persistance dans l'évolution d'un trouble affectif majeur, variable, ainsi qu'une mortalité importante. L'évolution du trouble état limite était caractérisée par la grande fréquence des gestes suicidaires : jusqu'à 50 % des cas. Dans la plupart des cas, la prise en charge spécialisée commence à la fin de l'adolescence ; les deux tiers des patients restent dysfonctionnels pendant une vingtaine d'années, le cap de

vulnérabilité maximum se situant autour de la trentaine ; puis en général, le trouble s'estompe avec le temps, et l'on obtient même dans la majorité des cas une insertion socioprofessionnelle d'assez bonne qualité (Pope *et al.*, 1983 ; McGlashan, 1986 ; Stone, 1993). Cependant, il existe un contingent de patients borderline qui ne deviennent symptomatiques qu'aux abords de la cinquantaine, suite à des événements de vie stressants (Stone, 1993).

Dans les années 2000, des recherches prospectives, appliquant une méthodologie rigoureuse, montrent qu'en réalité, l'évolution du trouble de PBL semble plus favorable qu'on ne le croyait jusque là : amélioration de la symptomatologie avec l'âge, évolution du trouble vers une schizophrénie confirmée comme étant exceptionnelle (Karaklic & Bungener, 2010).

Une étude rétrospective sur 27 ans, a montré que seulement 7,8 % des patients qui avaient été diagnostiqués borderline par le passé remplissaient toujours les critères du DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline Revised) 27 ans plus tard ; une diminution nette a été constatée pour tous les quatre types de symptômes du DIB-R, mais ce sont les difficultés dans les relations interpersonnelles qui ont le plus diminué. Une amélioration significative du fonctionnement global est notée après 12 ans d'évolution, pour atteindre un plafond qui peut s'expliquer par la chronicité des symptômes affectifs. Enfin, le taux de suicide à 12 ans est de 8,5 % (Paris & Zweig-Frank, 2001). Selon une méta-analyse, il est de 10 % (Paris, 2002), et enfin, certains auteurs avancent qu'il est trois fois plus important que celui de la schizophrénie et du trouble bipolaire combinés (Gunderson *et al.*, 2009).

Dans une étude prospective, un taux de rémission de 75% a été constaté au bout de seulement 6 ans. En ce qui concerne l'évolution des troubles comorbides, leur taux a significativement diminué chez les sujets borderline en rémission, mais il est resté stable tout au long du suivi chez ceux qui remplissaient toujours les critères de PBL (Zanarini *et al.*, 2005). Quant à la stabilité des différents critères de la PBL, certains critères se sont montrés plus stables que d'autres : l'instabilité affective a été le critère le plus stable au bout de deux ans, suivie par les colères intenses et inappropriées ; en revanche, les automutilations et les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés se sont révélés être les critères les moins stables (McGlashan *et al.*, 2005). Cette étude a donc confirmé l'existence de deux types de symptômes de la PBL, mis en évidence par Zanarini et ses collaborateurs en 2005 : des traits de personnalité stables, et des comportements dysfonctionnels qui correspondent à des tentatives de compensation, de défense, de coping ou d'adaptation à ces traits de personnalités pathologiques (par exemple recours aux automutilations pour réduire les affects négatifs intenses). Il est intéressant de noter que l'intensité des traitements n'a

d'impact ni sur la stabilité catégorielle, ni sur la stabilité dimensionnelle des troubles (Shea *et al.*, 2002).

Ainsi, malgré toutes leurs limites méthodologiques, les études longitudinales du trouble de PBL remettent en cause la stabilité du diagnostic catégoriel qui exige la chronicité des symptômes.

### **J.5. ÉLÉMENTS D'AGGRAVATION DU PRONOSTIC**

---

L'association avec la personnalité antisociale (car signe un haut degré d'impulsivité) ou schizotypique, l'association avec un trouble de l'humeur (surtout la dépression), la notion de violence parentale ou d'abus sexuels dans les antécédents, et un haut degré d'impulsivité, sont des éléments d'aggravation du pronostic (Stone, 1989).

La coexistence d'un trouble bipolaire n'affecte pas l'évolution du trouble, qui est en rémission au bout de quatre ans pour les 2/3 des patients que le trouble bipolaire soit présent ou pas (Gunderson *et al.*, 2006). L'addition d'un PTSD n'aggrave pas non plus le pronostic (Zlotnick *et al.*, 2002).

## **K. THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES**

---

Le traitement du trouble borderline dépend de sa forme clinique (degré de sévérité, aspects particuliers), des motivations du patient et des options théoriques ainsi que de l'expérience des thérapeutes.

Les hospitalisations sont relativement fréquentes par rapport aux autres troubles de la personnalité et sont le plus souvent décidées en urgence, suite à une manifestation aiguë (tentative de suicide, crise dépressive...). C'est ici surtout la fonction contenante du cadre hospitalier qui joue un rôle, en plus de la chimiothérapie et de la psychothérapie ; l'amélioration est souvent rapide, mais il est primordial dans ce type de personnalité de mettre en continuité les prises en charge hospitalière et ambulatoire (Féline *et al.*, 2002).

La chimiothérapie a une indication surtout dans les crises aiguës, beaucoup d'auteurs signalant un épuisement de la réponse au traitement au long cours. Les benzodiazépines sont à utiliser avec beaucoup de précautions, les risques d'accoutumance et d'intoxication volontaire étant importants. Les antidépresseurs ne sont pas toujours efficaces sur les manifestations dépressives, mais les sérotoninergiques seraient susceptibles d'améliorer l'impulsivité. Les régulateurs de l'humeur peuvent aussi atténuer l'impulsivité et peut-être prévenir les rechutes dépressives. Les neuroleptiques, utilisés à faible dose, sont efficaces sur l'anxiété, l'impulsivité et les tendances interprétatives persécutives.

Ce sont cependant les psychothérapies qui constituent le traitement de choix : psychothérapie psychanalytique, adaptée à ce type de personnalité, et psychothérapies cognitives et comportementales, qui ont ici des points communs : préconisation de l'établissement préalable d'un contrat avec le patient, affaiblissement de la pensée dichotomique... La psychothérapie de soutien reste le plus souvent possible également, et vise surtout à renforcer le narcissisme du sujet. Enfin, c'est aujourd'hui la thérapie comportementale dialectique, développée dans les années 90 par Marsha Linehan, qui a les meilleurs résultats : il s'agit d'une prise en charge utilisant différents contextes (individuel, groupal, téléphonique) et différentes orientations thérapeutiques et philosophiques : comportementale, cognitive, centrée sur la personne, systémique, psychanalytique et bouddhiste Zen... De plus, le thérapeute aussi doit adapter ses gestes et attitudes au fur et à mesure de la thérapie.

## **L. VALIDITÉ DU DIAGNOSTIC DE PBL ? : LA QUESTION DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

---

### **L.1. AVEC LES AUTRES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

Nous avons vu plus haut que la comorbidité avec les autres troubles de la personnalité était très fréquente ; ainsi, il s'agit de différencier une éventuelle comorbidité d'un véritable diagnostic différentiel : pour le clinicien, l'objectif principal est de repérer les symptômes qui prédominent. Pour écarter un diagnostic de personnalité appartenant au cluster A, il faut insister sur le caractère transitoire des manifestations d'allure psychotique.

Concernant les personnalités du cluster B auquel appartient la PBL, les critères diagnostiques pertinents pour faire la différence sont l'instabilité psychoaffective et l'impulsivité. Cependant, cette différence peut s'avérer difficile à percevoir avec la personnalité antisociale, d'une part car cette dernière présente aussi comme caractéristique d'être très impulsive, et d'autre part elle est très fréquemment associée à la PBL. Des études familiales ont mis en évidence un autre point commun à ces deux registres diagnostiques : des antécédents personnels de sévices et de traumatismes sévères dans l'enfance ; ainsi, certains vont même jusqu'à dire que la PBL ne serait que l'équivalent féminin de la personnalité antisociale, qui elle est plus prévalente chez les hommes (Zanarini, 1993). Il est intéressant de noter également que des études menées sur le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte ont montré que ce trouble présentait souvent des comorbidités de l'axe II, à savoir une PBL pour les femmes, et une personnalité antisociale pour les hommes (Cumyn *et al.*, 2009). Alors, face à ces données, peut-on dire que les personnalités antisociale et borderline ne forment en fait qu'une seule et même pathologie, qui s'inscrirait dans un spectre de l'impulsivité ? Une différence notable entre ces deux entités cependant est le fait que pour la personnalité antisociale, c'est l'hétéro-agressivité qui domine au lieu de l'auto-agressivité de la PBL ; de plus, les PBL ressentent la honte, la culpabilité, la détresse et le vide, ce qui n'est généralement pas le cas pour la personnalité antisociale.

Quant à la personnalité narcissique, son point commun avec la PBL serait « l'inflation narcissique » (suffisance, toute-puissance) ; mais cet aspect est stable chez la personnalité narcissique, contrairement à la PBL qui oscille comme nous l'avons vu plus haut, entre des positions d'auto-dévalorisation et de surestime de soi, l'auto-dévalorisation étant d'ailleurs plus fréquente.

## **L.2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LES DÉPRESSIONS**

En effet, il ne faut pas faire un diagnostic d'état dépressif majeur devant une symptomatologie dépressive présente chez la PBL, et omettre le diagnostic de trouble de personnalité lui-même ; même si un authentique état dépressif majeur reste bien entendu possible sur ce terrain, les manifestations dépressives chez ces personnalités sont très fréquentes et présentent des particularités, notamment une courte durée, avec sentiment de vide et irritabilité (*cf.* Chapitre I, E.3).

## **L.3. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE**

Comme cela a été rapporté plus haut (Chapitre I, E.3), certains auteurs, notamment Akiskal, considèrent que la PBL n'est autre qu'une forme atténuée de trouble bipolaire (Akiskal, 1981). Les arguments avancés sont les suivants : comorbidité fréquente des deux troubles, agrégation familiale, traits communs (instabilité affective et impulsivité), fréquence dans les deux entités des tentatives d'autolyse et d'addictions, et enfin, les anticonvulsivants semblent efficaces dans les deux cas. Cependant, il n'y a pas d'argument irréfutable, ni pour défendre la thèse que les deux troubles appartiennent au même spectre, ni pour défendre l'idée inverse. Un résumé des études prospectives a simplement montré que l'apparition d'un trouble bipolaire chez une PBL dans les 6 mois à 3 ans s'élevait jusqu'à 15% des cas ; la comorbidité à un temps fixe s'élève quant à elle à 20% des cas environ, alors que la comorbidité du trouble bipolaire dans les autres troubles de la personnalité n'est que de 8% (Gunderson *et al.*, 2006). Par ailleurs, une PBL est retrouvée dans environ 30% des troubles bipolaires (Rossi *et al.*, 2001).

Le trait commun majeur entre ces deux troubles est l'instabilité émotionnelle (dans ses versants intensité et labilité), qui existe même en période inter-critique du trouble bipolaire ; cependant, il n'existe pas de véritable période d'euphorie chez la PBL. Comme pour la PBL, le trouble bipolaire est associé de façon plus importante que dans la population générale à un vécu traumatique dans l'enfance : négligences (carences) et abus émotionnels (agressivité) ; dans les cas où ces traumatismes avaient eu lieu, les patients présentant un trouble bipolaire avaient des manifestations plus importantes de PBL que les autres : plus de TA, et réactivité émotionnelle plus importante ; la maladie avait débuté plus tôt également chez ces patients-là (Henry, 2007).

Il est donc important de rechercher un trouble bipolaire chez un sujet ayant une PBL, tant la comorbidité est importante, ce qui permettrait une utilisation plus rationnelle d'un

traitement médicamenteux, qui serait d'ailleurs plus efficace sur ce diagnostic... Inversement, le danger de porter un diagnostic de bipolarité chez un patient qui ne serait que borderline induirait un faux espoir pharmacologique chez le patient et sa famille, et retirerait la chance de bénéficier d'une psychothérapie plus efficace dans le cas du trouble de la personnalité...

Cependant, s'il peut y avoir coexistence des deux troubles, des erreurs diagnostiques sont possibles : le diagnostic le plus fréquent chez des patients précédemment diagnostiqués par erreur comme étant bipolaires, est en fait le trouble de PBL, et ceci concernerait un quart des patients. Par ailleurs, environ 40% des personnes qui présentent un diagnostic de personnalité borderline selon le SIDP (Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders) ont reçu un diagnostic erroné de trouble bipolaire dans leur passé (Zimmerman *et al.*, 2010). L'hypothèse que font Zimmerman et ses collaborateurs est que le diagnostic du trouble bipolaire est plus commode à faire face à une instabilité thymique plutôt que celui de PBL, car le trouble bipolaire possède un traitement pharmacologique validé ; ceci peut donc être dangereux pour le patient comme cité plus haut, qui est alors traité de façon inadéquate, en faisant l'impasse de la psychothérapie adaptée à cette catégorie de troubles. L'erreur diagnostique pourrait être quelque part aussi volontaire, pour des raisons financières, puisqu'aux Etats-Unis du moins, les compagnies d'assurance remboursent les frais dus au trouble bipolaire, mais pas ceux liés au trouble de PBL. Un indice pour le diagnostic différentiel avec le trouble bipolaire est la différence qualitative de l'impulsivité dans les deux troubles : dans le trouble de personnalité limite, il s'agit d'une difficulté à planifier et à penser aux conséquences, tandis que l'impulsivité du trouble bipolaire est surtout le reflet des idées qui se bousculent (Meyerson, 2009).

#### **L.4. LA PBL : UNE FORME CHRONIQUE DE PTSD ?**

Trois pour cent des PBL répondent aux critères de l'état de stress post-traumatique (Soloff & Milward, 1983). Etant donné la fréquence des traumatismes subis dans l'enfance chez les PBL, certains ont considéré que ce trouble n'était en fait qu'une forme chronique de PTSD ; cependant, comme il a été précisé plus haut, les traumatismes de l'enfance ne sont pas nécessaires au développement d'une PBL (Zanarini *et al.*, 1997) ; de plus, les critères du PTSD sont précis et pas forcément retrouvés même après des traumatismes de l'enfance.

Néanmoins, la personnalité qui ressort le plus (avec le SCID-II : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders) chez des sujets souffrant d'un PTSD est la PBL (Kedia & Petot, 2007). L'hypothèse qu'il faudrait alors formuler est la suivante : le trouble de la personnalité borderline est un sous-groupe de troubles associés à des traumatismes : les

critères du trouble borderline, du trouble de stress post traumatique (PTSD), et du trouble de stress extrême non spécifié outre mesure (DESNOS : disorder of extreme stress not otherwise specified) se chevauchent sensiblement, mais les conclusions définitives réclament de plus amples recherches (Driessen *et al.*, 2002). Une autre hypothèse est que le trouble de la personnalité borderline ayant souvent des traumatismes comme antécédents, les personnes souffrant de ce trouble seraient donc plus vulnérables pour développer un PTSD : il existerait des corrélations psychophysiologiques spécifiques (Gunderson *et al.*, 1993). D'autre part, le diagnostic est porté différemment selon que le clinicien est plutôt de tendance psychanalytique : c'est l'état-limite qui est diagnostiqué dans ce cas, ou s'il est d'abord cognitivo-comportemental : le PTSD sera là plus facilement porté (Halley *et al.*, 2009).

## **L.5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC D'AUTRES TROUBLES**

---

Tout d'abord, l'APA met en garde sur la confusion avec un simple problème d'identité, qui est lié à une phase du développement (par exemple l'adolescence), et qui n'est pas considéré comme un trouble mental.

Dans l'étude de l'Ecole de médecine du Mont Sinaï de New York présentée à l'APA en 2009, il était retrouvé chez 70 personnes possédant les critères DSM-IV de la PBL, qu'un diagnostic psychiatrique erroné avait été donné précédemment par les cliniciens dans 34% des cas. Les plus fréquents de ces diagnostics étaient, par ordre décroissant : le trouble bipolaire (17% des cas), la dépression (13%), les troubles anxieux (10%) et les troubles alimentaires (1%). Par ailleurs, 74% de ceux qui rencontraient les critères du trouble n'ont jamais reçu ce diagnostic dans le passé, malgré le fait qu'ils consultaient en psychiatrie depuis 10.4 ans en moyenne. Pour les 26% qui avaient reçu le diagnostic, il s'était écoulé en moyenne 4.68 ans entre le premier contact avec un professionnel de la santé et le diagnostic. Il est à noter par ailleurs que 78% de ceux qui avaient reçu un diagnostic de personnalité limite avaient été traités par des médicaments alors qu'il ne s'agit pas du traitement le plus efficace pour ce trouble. Ceux qui avaient reçu un autre diagnostic avaient été traités par des médicaments plus conséquents (neuroleptiques...).

Meyerson dit que le diagnostic de PBL peut être difficile à poser car les symptômes de ce trouble chevauchent ceux d'autres troubles, et insiste donc sur la nécessité d'utiliser un instrument diagnostique valide pour réaliser tout diagnostic, et notamment les entretiens semi-structurés, ce qui permettrait de diminuer les erreurs diagnostiques, ou du moins de s'assurer de l'absence d'un diagnostic comorbide. Les personnes souffrant d'un trouble de PBL présentent au moins deux fois plus de diagnostics comorbides de l'axe I par rapport aux autres

troubles de la personnalité, ce qui là encore peut conduire à omettre de faire un diagnostic sur l'axe II pour ces patients (Zimmerman & Mattia, 1999).

Ainsi, la PBL aura de tout temps fait couler beaucoup d'encre concernant la légitimité de son existence : au départ, ce trouble se trouvait plutôt classé du côté de la psychose, et beaucoup pensaient que ce n'était autre qu'une forme a minima de psychose, probable état séquellaire d'un effondrement psychotique de l'enfance ou de l'adolescence ; pour d'autres, l'état limite correspondait à un état adolescent prolongé ; certains y voyaient une forme d'hystérie grave, d'autres encore l'ont assimilé à une forme féminine de trouble impulsif, ou à une forme chronique de PTSD. Aujourd'hui, l'état-limite semble plus rejoindre le spectre des troubles de l'humeur, et son évolution vers une schizophrénie est exceptionnelle.

Mais malgré toutes ces controverses, l'intégrité et la cohérence interne du diagnostic de PBL ont été démontrées (Fossati *et al.*, 1999 ; Sanislow *et al.*, 2002 ; Johansen *et al.*, 2004), et dans le futur DSM-V, parmi les cinq personnalités retenues figure la personnalité borderline.

Les questions qui persistent sont les suivantes : ce type de personnalité doit-il garder le nom de borderline sachant que l'on se situe désormais dans un contexte différent de celui de la frontière entre névrose et psychose ? Quel serait donc le qualificatif le mieux adapté à cette personnalité ? Le terme borderline semble persister dans le futur DSM-V. Un deuxième point important est celui de savoir si ce trouble fait partie réellement de l'axe II ou appartient-il plutôt à l'axe I ? Selon certains auteurs, son appartenance à l'axe I serait plus juste : sa sévérité, sa morbidité et son évolution incertaine y orienteraient plus ; également, cela contribuerait à sa meilleure reconnaissance et au remboursement des soins qui en résultent... (Gunderson, 2009). Enfin, la troisième question qui se pose concerne l'existence ou non de cette pathologie chez l'adolescent : il semble y avoir une stabilité et une bonne cohérence interne (Winograd *et al.*, 2008).

## **II. MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ EN GÉNÉRAL ET DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE EN PARTICULIER : TRAVAUX DÉJÀ RÉALISÉS**

---

### **A. MODÈLE CATÉGORIEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

#### **A.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

L'approche catégorielle envisage les phénomènes psychiques comme des catégories distinctes d'autres catégories : elle s'appuie sur un modèle syndromique. Elle consiste à répartir les troubles en types fondés sur des critères bien définis : pour que le trouble soit présent, il est nécessaire qu'un certain nombre de critères de la liste établie soit respecté. Les critères diagnostiques sur lesquels reposent les classifications psychiatriques catégorielles actuelles sont basés sur le simple jugement clinique ; de plus, il n'existe pas de critère correspondant à l'évolution clinique, au pronostic, à l'histoire familiale ou encore à la réponse au traitement... Tout ceci rend aujourd'hui l'approche catégorielle des troubles de la personnalité très controversée, et le principe même de cette conception est remis en question.

Comme il a été expliqué dans le chapitre I, paragraphe A.2, les deux grands systèmes de classifications catégorielles que sont la CIM-10 et le DSM-IV utilisent un format polythétique en ce qui concerne les critères des troubles de la personnalité. Ainsi, la CIM-10 décrit huit catégories pathologiques de personnalité, et le DSM-IV en décrit dix.

#### **A.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION**

---

##### **LES CHECK-LISTS DE CRITÈRES**

---

Les critères proposés dans les classifications actuelles pour les troubles de la personnalité sont reproduits et réunis sous la forme de listes. C'est au terme d'un examen clinique que le clinicien note la présence ou l'absence des critères caractérisant les troubles inclus dans la liste, puis il vérifie si le sujet qu'il vient d'examiner peut être diagnostiqué selon cette liste comme ayant tel ou tel trouble (nécessité d'un nombre minimal de critères).

Les listes traduites en français sont les Symptom Check-lists for ICD-10 Mental Disorders (Janca *et al.*, 1996). Les International Diagnostic Check-lists (Hiller *et al.*, 1995) évaluent les troubles mentaux, et donc les troubles de la personnalité, selon les critères de la CIM-10 et du

DSM-IV : elles existent donc en deux versions, mais n'ont pas encore été traduites en français.

## **LES ENTRETIENS (INTERVIEWS) SEMI-STRUCTURÉS**

Les entretiens semi-structurés pour l'évaluation des troubles de la personnalité consistent en des questions ou des directives devant permettre à l'interviewer (le clinicien), de vérifier la présence ou l'absence des critères définissant les troubles de la personnalité.

### ***Le SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (Pfohl et al., 1995)***

Il a été le premier entretien structuré pour l'évaluation de l'ensemble des troubles de la personnalité selon le DSM-III (Pfohl *et al.*, 1982). Il a été revu en 1995 selon le DSM-IV (Pfohl *et al.*, 1995). Sa traduction en français s'est faite par A. Pham et JD. Guelfi en 1998.

Il évalue treize troubles de la personnalité : les dix troubles « officiels » de la personnalité du DSM-IV, mais aussi les personnalités dépressive, passive-agressive, et la personnalité à conduite d'échec qui avait été introduite dans le DSM-III-R parmi les catégories diagnostiques demandant des études supplémentaires (mais qui n'a pas été reprise dans l'Annexe B du DSM-IV). Il contient 86 questions.

#### ***Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline***

Cet instrument a été utilisé dans une étude pour valider l'approche catégorielle de la personnalité borderline par le DSM-IV ; ainsi, il a été montré que plusieurs critères diagnostiques de la PBL selon le DSM-IV pouvaient être classés dans trois grandes catégories : Relations instables, Comportements dérégulés et Emotions dérégulées : modèle à trois facteurs également validé dans cette étude (Sanislow *et al.*, 2002).

Un autre travail a comparé le diagnostic de PBL fait soit cliniquement soit par le SIDP-IV dans une population de patients non hospitalisés : la méthode clinique ne donne que 0,4 % de PBL, contre 14,4 % pour le SIDP-IV, mais le diagnostic clinique grimpe à 9,2% si les cliniciens ont accès à l'information recueillie à l'aide de l'entrevue structurée (Zimmerman & Mattia, 1999).

### ***Le SCID II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (First et al., 1997)***

Traduit en français par Cottraux en 1999, il comporte 140 items, et évalue les dix troubles de la personnalité du DSM-IV, ainsi que les personnalités dépressive et passive-

agressive incluses dans l'annexe B du DSM-IV (« Critères et axes proposés pour des études supplémentaires »).

### ***Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline***

Cet outil a aussi été utilisé pour valider la définition catégorielle du DSM-IV de la PBL (Johansen *et al.*, 2004). Il est ressorti de ce travail, malgré une bonne consistance interne de la définition DSM-IV de la PBL, que plusieurs critères DSM n'étaient pas assez spécifiques ; ainsi, le critère le plus sûr pour le diagnostic de la PBL est selon cette étude « les relations interpersonnelles instables », ce qui confirme le résultat de Fossati quelques années auparavant (Fossati *et al.*, 1999) ; le critère le moins sûr est « le sentiment de vide chronique ». Cette étude a montré également que la hiérarchie des critères devrait être revue (à noter que les différentes versions du DSM ont proposé à chaque fois une hiérarchie différente des critères diagnostiques : *cf.* chapitre I, paragraphe B) ; ainsi, dans cette étude, il est proposé la classification suivante des critères : en premier lieu, viendrait le « mode de relations interpersonnelles instables... » (critère 2 dans la classification actuelle), puis suivraient, par ordre d'importance décroissante : « l'impulsivité... » (critère 4), « la perturbation de l'identité... » (critère 3), « les colères intenses et inappropriées » (critère 8), puis avec encore moins d'importance : « l'instabilité affective » (critère 6), la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations » (critère 5), les « efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés » (critère 1), la « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » (critère 9) ; enfin, le dernier critère de la liste serait le critère 7 : « sentiments permanents de vide ».

Par ailleurs, contrairement à l'étude de Chainé et Guelfi publiée en 1995 (*cf.* paragraphe « IPDE »), il n'est pas retrouvé ici de « noyau » borderline, c'est-à-dire d'un ensemble de critères irréductibles que l'on retrouverait dans tous les cas : la personnalité borderline reste un concept très hétérogène. A noter également que ce travail a montré que la PBL présentait plus de critères appartenant aux autres troubles de la personnalité que de critères lui appartenant dans le DSM. Le SCID-II étant un instrument d'évaluation générale de la personnalité, un certain nombre de personnalités ont été retrouvées fréquemment comorbides de la PBL : les personnalités antisociale, narcissique, histrionique et paranoïaque; celles qui sont le moins souvent comorbides sont les personnalités schizotypique, schizoïde et évitante. Des travaux précédents (Skodol & Oldham, 1991) rapportaient aussi qu'un patient présentant une PBL pouvait recevoir plusieurs diagnostics sur l'axe II avec le SCID-II.

Une étude espagnole a aussi utilisé cet instrument pour le confronter au diagnostic clinique : 30% des patients diagnostiqués cliniquement borderline ne l'ont pas été par le SCID-II. (Andiòn *et al.*, 2008).

### ***L'IPDE : l'International Personality Disorders Examination (OMS, 1994)***

Elle est inspirée du PDE (Personality Disorders Examination, Loranger *et al.*, 1988), et a été traduite en français sous la direction de Pull en 1994. Elle évalue les troubles de la CIM-10 (module CIM-10 à 67 items) et/ou du DSM-IV (module DSM-IV à 99 items), donc établit des diagnostics catégoriels de personnalité, mais donne aussi des scores dimensionnels. Elle comprend 124 questions dans sa version combinée, réparties en six chapitres : travail, soi, relations interpersonnelles, affects, épreuve de réalité et contrôle des pulsions. Sa passation dure 90 à 120 minutes.

#### ***Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline***

L'IPDE a été utilisée dans une étude (Chaine & Guelfi, 1995 ; Chaine *et al.*, 1999) pour confronter le diagnostic clinique de la PBL avec une évaluation standardisée : cette étude est donc celle qui se rapproche le plus de la nôtre. En fait, deux instruments standardisés ont été employés : l'IPDE, dans ses versions CIM-10 et DSM-III, et le DIB-R ; une évaluation psychométrique par le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) a été réalisée également. Une soixantaine de patients a été recrutée. Il est ressorti de ce travail que l'impression du clinicien était de loin la modalité diagnostique la plus inclusive, et qu'en revanche, la CIM-10 ne retenait qu'une fois sur deux le diagnostic du clinicien. L'évaluation standardisée confirme le diagnostic dans 49 à 68% des cas selon l'instrument utilisé ; ainsi, le DSM-III et le DIB-R distinguent les deux tiers de l'échantillon. La CIM-10 discrimine un sous-groupe de PBL aux caractéristiques sémiologiques plus homogènes, qui manifeste obligatoirement le critère impulsivité. Les auteurs ont aussi mis en évidence des caractéristiques propres à un « noyau » borderline, c'est-à-dire au groupe de patients pour lesquels tous les instruments d'évaluation confirment le diagnostic de PBL ; en revanche, ils font l'hypothèse que les sujets non confirmés borderline par la CIM et le DSM-III seraient en fait schizoïdes ou schizotypiques selon ces mêmes classifications, et que les cliniciens qui les ont diagnostiqués borderline ont une conception psychanalytique au sens large de l'état-limite (On rappelle que le DSM-III-R ne contenait pas le critère « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » dans sa définition de la PBL, de même que la CIM-10).

Par ailleurs, les autres personnalités ont été explorées : selon l'IPDE version DSM-III-R, le nombre moyen de personnalités par patient est de 2,5, avec comme principales personnalités comorbides les personnalités dépendante, évitante et narcissique : conformément aux données de la littérature, le cluster B est le plus représenté, mais cette étude découvre l'importance également de la représentation du cluster C ; en revanche, alors que les personnalités antisociale et schizotypique étaient souvent citées dans les études antérieures, elles sont ici peu représentées. L'IPDE version CIM-10 trouve une moyenne de 2 personnalités par patient, et là encore, ce sont les personnalités anxieuse (évitante pour le DSM) et dépendante qui sont le plus souvent comorbides.

Les entretiens semi-structurés constituent le gold standard en matière d'outils diagnostiques de troubles de la personnalité. Cependant, ils sont exigeants en matière de temps (de 45 à 120 minutes de passation), ils nécessitent un entraînement et sont peu conviviaux dans un contexte clinique.

## **LES QUESTIONNAIRES**

---

Ils consistent en des questions ou propositions auxquelles le sujet est invité à répondre par oui ou non/ vrai ou faux ; il s'agit en général d'auto-questionnaires quand ce sont les troubles de la personnalité qui sont explorés. Les questions ou propositions explorent la présence ou l'absence de critères CIM-10 ou DSM-IV définissant les troubles de la personnalité ; ces critères peuvent être explorés par un ou plusieurs items (question/proposition). Les questionnaires peuvent explorer un ou plusieurs troubles de la personnalité à la fois.

Les questionnaires constituent un outil dont la sensibilité est grande, plus que celle de l'observation clinique, c'est pourquoi ils sont utilisés en général beaucoup plus pour le dépistage des troubles de la personnalité, plutôt que pour leur diagnostic.

### ***Le Personality Diagnostic Questionnaire : PDQ (Hyer et al., 1988)*** (annexe p. 150)

C'est le questionnaire utilisé dans cette étude : il s'agit d'un auto-questionnaire qui explore toutes les personnalités décrites dans le DSM. Sa dernière version est le PDQ-4 + (Hyer, 1994), basé sur le DSM-IV-TR, qui étudie la présence ou non des dix troubles de la personnalité du DSM-IV, auxquels s'ajoutent les deux personnalités additionnelles qui figurent en annexe. Il a été traduit en français par Fontaine et ses collaborateurs en 2003.

### ***Mode de passation***

Il s'agit d'un auto-questionnaire, dont la passation dure généralement 10 à 15 minutes. Quelques consignes doivent être précisées par l'examineur avant que le sujet ne commence à répondre aux questions, notamment, l'examineur doit insister sur le fait que les réponses doivent correspondre à des caractéristiques du sujet présentes depuis longtemps, et non pas à des éléments qui seraient récents et/ou présents uniquement dans certaines circonstances, ceci afin de s'assurer que les réponses données sont bien des critères de personnalité. Pour cela, la consigne du questionnaire insiste bien sur cet aspect, et chaque page du questionnaire commence par la formule : « *depuis plusieurs années...* ». Il existe 99 items, dont certains sont eux-mêmes subdivisés en plusieurs autres questions. Le sujet doit cocher la case « vrai » ou la case « faux ».

### ***Cotation***

Lorsque le sujet rend son questionnaire, l'examineur l'exploite en utilisant une « grille de correction » (annexe p.155) comportant 15 « cases » : 12 « cases » correspondant aux 12 personnalités du DSM-IV-TR et 2 « cases » correspondant aux échelles de validité ; ces 2 dernières sont : la « case » « questionnaire suspect », susceptible d'invalider le questionnaire si celui-ci apparaît trop suspect (c'est-à-dire que le sujet a probablement menti dans le questionnaire), et la « case » « trop bon », explorant si le sujet a voulu donner une trop bonne image de lui-même en remplissant le questionnaire, et dans ce cas les résultats doivent être utilisés avec ménagement. Enfin, une dernière « case » fait le total des réponses « vrai » concernant les différentes personnalités, et permet de confirmer ou d'infirmier l'existence d'un trouble de la personnalité. Les réponses pathologiques sont toutes cotées « vrai » afin d'améliorer la compréhension des items (sauf pour les questions 12, 25 et 38, cotées dans la « case » de l'image « trop bonne ») ; en revanche, tous les items d'un trouble de la personnalité ne sont plus sur la même page comme pour le PDQ, ce qui évite l'effet de halo mais alourdit la correction.

Il faut donc commencer par voir si le questionnaire est valide en explorant en premier lieu la « case » « questionnaire suspect » (question 64 : « une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée » et question 76 : « j'ai beaucoup menti dans ce questionnaire »). Le questionnaire n'est invalidé que si le sujet répond vrai à la question 76 ou aux 2 questions 76 et 64 à la fois. Si le questionnaire n'est pas invalidé, on explore alors la « case » « trop bon » (question 12 : « parfois, je me sens bouleversé(e), question 25 : « parfois,

je parle des gens dans leur dos », question 38 : « il y a des gens que je n'aime pas », question 51 : « je n'ai jamais dit un mensonge »), puis enfin les « cases » des différentes personnalités une à une, en commençant éventuellement par celle qui nous intéresse (en l'occurrence dans cette étude la PBL).

Pour chaque personnalité, il existe un nombre déterminé de réponses « vrai » nécessaires pour que le trouble soit détecté, ce qui est mentionné sous chaque personnalité par la mention « utile n », n correspondant au nombre minimum de critères requis dans la liste sous-jacente pour que la personnalité en question soit diagnostiquée par cette méthode. Dans un cas particulier, celui de la personnalité antisociale, un des critères de la liste doit obligatoirement être présent pour le diagnostic : la réponse 99 doit obligatoirement être « vrai », elle-même nécessitant la présence d'au moins 3 sous-réponses « vrai » pour être validée... On retrouve la même condition pour coter la question n° 98 correspondant au critère impulsivité de la personnalité borderline : il faut au moins 2 réponses « vrai » aux sous-questions pour que ce critère soit retenu. Par ailleurs, si la question 60 est cotée « vrai », il ne faut la compter qu'une fois (car en effet, il n'y a que ce critère qui est présent dans deux personnalités à la fois : schizoïde et schizotypique).

Enfin, le score total du PDQ-4 + est un index général de perturbation de la personnalité. Le total est calculé en additionnant toutes les réponses pathologiques à l'exception des deux échelles de validité : cela donne donc un score sur 93 points. Les auteurs divergent quant au seuil au-delà duquel on peut parler de trouble de la personnalité : certains définissent un score total supérieur ou égal à 28 comme étant un indice de probabilité d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité chez l'individu (Fossati *et al.*, 1998), pour d'autres, la note seuil est à 25 (Davison *et al.*, 2001).

La correction du PDQ-4+ est rapide : elle dure entre 10 et 20 minutes.

### ***Vérification des résultats***

Dans un second temps, il est conseillé au clinicien d'utiliser *l'échelle de signification clinique* (annexe p. 156) pour limiter les faux positifs très fréquents avec les questionnaires (il s'agit là encore d'une nouveauté de la version tirée du DSM-IV). Le clinicien reprend les troubles de la personnalité ayant atteint un seuil pathologique et vérifie sous la forme d'un mini-entretien que le patient a bien répondu. Il doit notamment vérifier les points suivants :

- le patient n'a pas fait d'erreur en cotant l'item
- les traits sont présents depuis l'âge de 18 ans ou depuis plusieurs années

- les traits ne sont pas dus à la présence d'un trouble de l'axe I
- les traits entraînent une gêne importante à la maison, à l'école ou au travail, ou dans les relations avec les autres
- le patient est lui-même importuné par ces traits.

L'objectif de cette échelle de signification clinique est d'obtenir un résultat comparable aux entretiens structurés mais plus rapide (20 à 30 minutes).

En ce qui concerne la personnalité borderline, ses critères DSM-IV sont explorés par des questions suivant cette correspondance :

Critère 1 : Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés : Q.6 : « Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent »

Critère 2 : Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation : Q.19 : « J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi »

Critère 3 : Perturbation de l'identité : Q.32 : « Je me demande souvent qui je suis réellement »

Critère 4 : Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet : Q.98 : « J'ai fait, de manière impulsive, des choses (*comme celles indiquées ci-dessous*) qui pourraient me créer des problèmes :

- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.
- b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.
- c. Boire trop.
- d. Prendre des drogues.
- e. Manger de façon boulimique.
- f. Conduire imprudemment »

Critère 5 : Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations : Q.45 : « J'ai essayé de me blesser ou de me tuer »

Critère 6 : Instabilité affective : Q.58 : « Je suis une personne dont l'humeur est très changeante »

Critère 7 : Sentiments permanents de vide : Q.69 : « Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens »

Critère 8 : Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère : Q.78 : « J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur »

Critère 9 : Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères : Q.93 : « Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience »

### *Etudes de validation*

Elles concernent pour la plupart les versions anglaises antérieures au DSM-IV.

Ainsi, pour le PDQ, la fidélité test-retest est assez satisfaisante : pour six troubles de la personnalité les coefficients kappa varient de 0,17 (pour la personnalité histrionique) à 0,75 (pour la personnalité dépendante), avec cinq coefficients supérieurs à 0,50 (Reich *et al.*, 1989). Le coefficient de consistance interne varie de 0,56 (schizoïde) à 0,83 (dépendante). La validité de critère a également été étudiée : elle est satisfaisante (Hyer *et al.*, 1989).

Des études ont également été réalisées comparant le diagnostic du PDQ avec le diagnostic clinique - comme c'est le cas dans notre étude - mais aussi avec les diagnostics donnés par des entretiens semi-structurés et par d'autres questionnaires : il s'agit de l'étude de la validité convergente. Ainsi, la comparaison avec un clinicien montre que le PDQ génère plus de troubles de personnalités que le clinicien : les coefficients kappa sont tous inférieurs à 0,50, le meilleur coefficient kappa étant celui du trouble de la personnalité borderline (kappa = 0,46). L'agrément clinicien/PDQ est donc faible (Hyer *et al.*, 1989). La comparaison du PDQ avec trois entretiens semi-structurés (le SCID, le PDE et le SIDP) a également montré que le PDQ trouvait globalement plus de troubles de la personnalité que les trois entretiens (Hyer *et al.*, 1990, 1992 ; Zimmerman & Coryell, 1990) ; l'agrément est donc modeste avec les trois entretiens. En effet, un questionnaire est souvent moins spécifique qu'un entretien.

La version PDQ-4 + a elle fait l'objet de cinq études principales pour le moment : elle a été comparée également à des entretiens structurés ainsi qu'à des questionnaires de personnalité. Ainsi, l'agrément entre le PDQ-4 + et le SCID II est faible (Fossati *et al.*, 1998) ; cependant, le coefficient kappa entre le PDQ-4 + et le SCID II est satisfaisant pour la personnalité borderline (0,57) (Davison *et al.*, 2001). Le PDQ-4 + a aussi été comparé au LEAD : Longitudinal Expert All Data (Wilberg *et al.*, 2000) : là aussi, l'agrément entre les deux systèmes est faible (coefficients kappa variant de 0,05 à 0,26). La consistance interne n'est acceptable que pour trois échelles du PDQ-4 + (paranoïaque, schizotypique et évitante). La sensibilité et la spécificité du PDQ-4 + ne sont pas très satisfaisantes. Le PDQ-4 + donne beaucoup de faux positifs mais peu de faux négatifs. La version chinoise du PDQ-4 + a été comparée au NEO-PI-R : la corrélation entre l'échelle de personnalité BL et le profil correspondant du NEO-PI-R est de 0,60. (McCrae *et al.*, 2001). Enfin, la comparaison s'est faite avec le PDI-IV (Personality Diagnostic Interview from DSM-IV) : l'agrément entre les deux outils est là aussi relativement faible.

Les coefficients de consistance interne pour le PDQ-4 + varient de 0,49 à 0,72 avec seulement quatre échelles ayant un coefficient supérieur à 0,70, dont l'échelle de la PBL. La fidélité test-retest (10 jours) varie de 0,48 à 0,79. Les douze échelles du PDQ-4 + différencient les sujets psychiatriques des sujets contrôles. Les inter-corrélations varient de 0,15 à 0,65 suggérant que les différents troubles de la personnalité sont assez corrélés entre eux.

La version française du PDQ-4 + bénéficie d'une étude préliminaire sur un groupe d'étudiants de l'université de Savoie (Bouvard & Cosma, 2008) : Le PDQ-4 + a été distribué à des étudiants en psychologie et en lettres : après la passation de l'échelle de signification clinique (et même la vérification des items négatifs), le PDQ-4 + retient 27,13% de la population interrogée comme ayant un trouble de la personnalité. La majorité de ces sujets ont plusieurs troubles de la personnalité à la fois (trois ou plus). Il est à noter que la révision des réponses à l'aide de l'échelle de signification clinique permet de réduire le nombre de sujets présentant des troubles de la personnalité de façon très significative : moins 36,43% dans cette étude.

En conclusion, les propriétés psychométriques de la dernière version du PDQ : le PDQ-4 +, sont à confirmer, en particulierité en ce qui concerne la version française.

### ***Le questionnaire de dépistage du Structured Clinical Interview for DSM AXIS II Disorders (SCID II) (First et al., 1997)***

Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 119 questions en vrai/faux, qui est utilisé comme base de l'entretien structuré. L'ordre de présentation des questions ne suit pas l'ordre du DSM, le SCID II commençant par le cluster C pour finir par le cluster A de manière à obtenir une meilleure coopération de la part du sujet. En général, il y a une question par critère de personnalité, mais dans certains cas, il y a plusieurs questions pour évaluer différents aspects du critère. Le SCID II possède de bons indices de sensibilité et de spécificité.

### ***La VKP : Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (Duijsens et al., 1993)***

Auto-questionnaire de dépistage de l'International Personality Disorders Examination (IPDE), il comprend trois versions : CIM-10 (107 questions), DSM-IV (164 questions) et une version combinée (197 questions). Il a été validé en français par Camus et ses collaborateurs

en 1997. Il existe aussi une version abrégée : la VKPV, ne comprenant que 36 questions, réparties en 3 dimensions : Image de soi négative, Impulsivité et Identité.

A chaque question, le sujet répond de façon dichotomique (oui/non), les questions portant sur les 5 dernières années ; il peut s'abstenir de répondre si la question ne s'applique pas à sa situation (NA : Non Applicable) ; dans le cas où il ne peut se décider entre « oui » et « non », il peut choisir la case « ? ». Les items proposés sont classés en huit domaines différents : travail, scolarité, activités quotidiennes ; genre de personne que le sujet est ; personnes importantes dans la vie du sujet ; sentiments ; quelques idées que peut avoir le sujet ; conduites impulsives et irresponsables ; comportement avant l'âge de 15 ans ; ce que les autres gens pourraient penser du sujet. A chaque critère d'un type de personnalité correspond une ou plusieurs questions. L'analyse des réponses permet à la fois une approche qualitative de la personnalité en posant un diagnostic « définitif » ou « probable » pour chacun des troubles de la personnalité, et d'autre part une approche quantitative de ces différents troubles de la personnalité en calculant le score dimensionnel de chacun d'eux.

La durée de réalisation du questionnaire est d'environ 40 minutes, avec un temps de correction d'une vingtaine de minutes. La sensibilité est supérieure à 80%, et la VKP diagnostique 2,5 fois plus de troubles de la personnalité que l'entretien semi-structuré IPDE : sa spécificité est donc faible.

## **B. MODÈLE DIMENSIONNEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

### **B.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ**

---

Face à la question : « le modèle catégoriel utilisé pour la description des maladies telles que les concevait Sydenham est-il approprié pour décrire et diagnostiquer les troubles de la personnalité ? », le modèle dimensionnel constitue une alternative intéressante. En effet, face à une classification catégorielle des troubles de la personnalité où c'est l'existence d'un nombre minimal de critères d'une liste prédéfinie qui permet de poser le diagnostic d'un trouble ou « syndrome » au sens classique, l'approche dimensionnelle propose que ces mêmes critères peuvent exister, au même nombre, chez une personne normale, mais ce qui va alors définir le pathologique, c'est l'intensité avec laquelle s'expriment ces critères, ou encore leur rigidité... On se rapproche donc avec cette approche dimensionnelle de la conception classique de la personnalité décrite plus haut et inspirée de Kurt Schneider. Il est écrit dans le DSM-IV que « la perspective dimensionnelle estime que les troubles de la personnalité sont des formes inadaptées de traits de la personnalité, reliés entre eux et l'état normal par un continuum sans transitions nettes ». Dans le domaine de la personnalité, une dimension correspond donc à un continuum entre un trait de personnalité normale, un trouble de la personnalité, et une psychopathologie.

Les modèles dimensionnels les plus connus relatifs à l'ensemble de la personnalité sont :

- **Le modèle à trois dimensions d'Eysenck** : Extraversion ; Névrosisme ; Psychoticisme.

- **Le modèle des « Big Five »** : à cinq facteurs, de Costa et McCrae : Névrosisme ; Extraversion ; Ouverture à l'expérience ; Agréabilité ; Caractère consciencieux (Modèle OCEAN : Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, Neuroticism).

- **Le modèle à sept dimensions de Cloninger** : quatre dimensions héritables : de tempérament : Recherche de la nouveauté ; Evitement du danger ; Dépendance à la récompense ; Persistance ; et trois dimensions acquises : de caractère : Détermination ; Coopération ; Transcendance.

- **Le modèle de Cattell à seize dimensions.**

S'agissant de la personnalité borderline, si l'on considère le big five, celle-ci est caractérisée par un haut degré de névrosisme, associé à une constellation de degrés adaptatifs variables sur chacune des quatre autres dimensions (Chaine & Guelfi, 1999).

## **B.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION**

---

### ***Le MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway & McKinley, 1943)***

Il s'agit d'un auto-questionnaire évaluant, au-delà des troubles de la personnalité, certains troubles mentaux également ; il s'agit du questionnaire le plus utilisé au niveau mondial, tant en pratique clinique qu'en recherche ; il évalue les dimensions suivantes : Hypochondrie ; Dépression ; Hystérie ; Psychopathie ; Paranoïa ; Psychasthénie ; Schizophrénie ; Manie ; Introversiion ; il existe aussi une échelle Masculinité/Féminité, ainsi que des échelles de validité ; il a été révisé en 1989 par Butcher : MMPI-2, avec la création de nouvelles échelles (échelle de contenu et échelles supplémentaires) et une validation transculturelle. Il comporte 567 items.

Concernant la PBL, on retrouve avec le MMPI-2 des scores élevés à l'échelle Sc (*schizophrenia*) et à l'échelle Pd (*psychopathic deviate*), mais ces caractéristiques ne sont pas spécifiques.

### ***L'EPQ : Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck & Eysenck, 1975)***

Cet auto-questionnaire évalue les trois dimensions sus-citées, elles-mêmes décomposables en sous-facteurs (il comprend aussi une échelle de sociabilité et une échelle de mensonge) ; il a été révisé en 1985 : cette dernière version abrégée comporte 48 items.

### ***Le NEO-PI-R: NEO-Personality Inventory Revised (Costa & McCrae, 1990)***

Cet instrument permet l'évaluation des cinq domaines principaux de la personnalité et des facettes constituant chacun de ces domaines (30 au total). Il est reconnu internationalement comme l'instrument de référence pour l'évaluation des « Big Five », et bénéficie donc d'un large consensus dans le domaine de la psychologie. Il est composé de 240 questions.

### ***Le TCI : Temperament and Character Inventory (Cloninger et al., 1993)***

Il qui explore les sept dimensions citées ci-dessus, elles-mêmes divisées en 24 facettes, ceci à l'aide d'un inventaire composé de 226 propositions (« vrai »/ « faux »), dont la passation dure une trentaine de minutes.

## **C. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE**

---

### **C.1. DIB-R : DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINE-REVISED (Zanarini *et al.*, 1989)**

---

Cet outil diagnostique a été créé par Gunderson et ses collaborateurs en 1981 et revu par Zanarini et ses collaborateurs en 1989 afin de mieux différencier les sujets ayant une personnalité borderline des sujets ayant d'autres troubles de la personnalité. Il a été traduit en français par F. Chaine, L. Bruins-Slot et JD. Guelfi en 1992 : c'est l'Entretien Structuré pour la Personnalité Borderline.

Le DIB-R évalue le trouble de la personnalité borderline à partir de quatre domaines supposés avoir une importance diagnostique dans ce trouble :

- les affects : dépression ; colère ; anxiété ; autres aspects dysphoriques ; épisode hypomaniaque
- les cognitions : pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles ; modes de pensées persécutives non délirants ; expériences psychotiques
- les actions impulsives : abus de substances toxiques ; déviance sexuelle ; automutilations ; tentatives de suicide ; autres actes impulsifs
- les relations interpersonnelles : intolérance à la solitude ; thèmes d'abandon, d'engloutissement, d'annihilation ; « contre-dépendance » ; relations proches instables ; problèmes récurrents dans les rapports proches ; difficulté de la prise en charge psychiatrique

Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui dure environ 45 minutes ; pour la plupart des items, le sujet lui-même est la seule source d'information à-travers l'entretien, et l'évaluation concerne les deux dernières années passées de la vie du sujet. Chaque item est coté de 0 à 2 : 0 correspond à une réponse négative, 1 correspond à une réponse probable, et 2 correspond à une réponse positive. Il existe au total 129 items, résumés dans ce que l'auteur a appelé des « affirmations récapitulatives », 22 en tout. Ainsi, chacun de ces domaines va être coté d'abord par un score « de la section », score total, qui est ensuite réduit à un score « gradué » (note sur seulement 2 ou 3 points). Cela fait donc une note globale sur 44 pour le score total, et seulement sur 10 pour le score gradué : c'est ce résultat sur 10 qui est utilisé : on considère que la personnalité est borderline si elle obtient un score égal ou supérieur à 8.

Cet instrument d'évaluation de la personnalité borderline, par ce système de cotation graduée, a donc une approche dimensionnelle de ce trouble, et non catégorielle (critères

présents/absents). Cependant, sa limite – mais aussi sa force – est de n’explorer que la personnalité borderline, alors que l’on sait que ce trouble est le plus souvent accompagné d’autres personnalités pathologiques.

### ***Etudes de validation***

#### **Pour le DIB** (Zanarini *et al.*, 1987)

Coefficients de fidélité interjuges : acceptables : 0.70 à 0.80

Fidélité test-retest : 0.71

#### **Pour le DIB-R**

La fidélité test-retest de la version révisée est globalement très satisfaisante (Zanarini *et al.*, 2002). La validité du DIB-R a également été étudiée : elle est bonne puisque les patients ayant une personnalité borderline ont plus de probabilité d’avoir un score de 8 ou plus que les autres patients de l’axe II (Zanarini *et al.*, 1989). La validité de la version française a été mise en évidence dans une thèse (Dupont, 2002).

Items spécifiques de la personnalité borderline (Zanarini *et al.*, 1990) : items qualifiés par les auteurs de « marqueurs » de PBL, au nombre de 7 : pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles ; automutilation ; tentative de suicide manipulatrice ; thèmes d’abandon, d’engloutissement, d’annihilation ; demande permanente, pensée que tout lui est dû ; régression au cours d’une prise en charge psychiatrique ; contre-transfert. Ces auteurs ont également dégagé onze items discriminatifs mais non spécifiques, et quatre items non discriminatifs.

#### Comparaison avec d’autres instruments diagnostiques

##### **DIB**

- avec le DSM-III-R (Lewis & Harder, 1991) : validité convergente :  $r = 0.78$
- avec le questionnaire de Millon (MCMI) et avec le Borderline Syndrome Index de Conte : le DIB serait le meilleur prédicteur des critères diagnostiques du DSM.

##### **Version française du DIB-R**

Comparée à l’IPDE : l’IPDE dans sa version CIM-10 serait moins inclusive (Chaine *et al.*, 1995 ; Chaine, 1996).

## **C.2. QUESTIONNAIRE DES CROYANCES DE LA PERSONNALITÉ (QCP) APPLIQUÉ À LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (Butler *et al.*, 2002)**

---

Le Questionnaire des Croyances de la Personnalité est la traduction française du « Personality Belief Questionnaire », PBQ, de A.T. Beck et J.S. Beck créé en 1995. Il permet d'évaluer les croyances associées aux troubles de la personnalité selon la théorie de Beck. Neuf troubles de la personnalité sont ainsi étudiés : évitante, dépendante, passive-agressive, obsessionnelle-compulsive, antisociale, narcissique, histrionique, schizoïde et paranoïaque ; les auteurs n'ont pas inclus les personnalités schizotypique et dépressive. La personnalité borderline a fait l'objet, quelques années plus tard, d'une recherche indépendante.

Chacun des neuf troubles de la personnalité possède des croyances particulières représentées par quatorze items ; il existe ainsi en tout 126 items ; le sujet cote son degré de croyance pour chacun des items sur une échelle de 0 à 4 ; La note brute de chacun des troubles est la somme des quatorze items correspondant à chaque trouble. A partir de cette note, l'examineur calcule le « Z score » selon une formule propre à chaque trouble et indiquée dans un tableau de correspondances réalisé par les auteurs du questionnaire.

La version française, réalisée par Lavenex D., n'a pas encore été validée.

En 2002, Butler et ses collaborateurs ont validé le PBQ pour la personnalité borderline. Ces auteurs ont comparé des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline à des sujets présentant des troubles psychiatriques (pour la majorité des troubles de l'humeur). Ils ont ainsi découvert que le groupe de sujets ayant une personnalité borderline présente des notes plus élevées que le groupe de sujets psychiatriques sur 115 des 126 items du questionnaire ; ainsi, la personnalité borderline (aussi par rapport aux autres troubles de la personnalité), présente la particularité de coter très haut sur toutes les échelles du questionnaire : ceci confirme le fait que les personnalités borderline ont un large champ de croyances. Ce qui a également été constaté est le fait que certaines de ces croyances s'opposent les unes aux autres (exemple : le sens de son insuffisance s'oppose à la croyance de ce qui lui revient de droit). Ainsi, les principales croyances retrouvées chez la personnalité borderline sont les suivantes :

- Désir de contrôle dans la relation
- Abandon de la part des autres
- Faible tolérance à la frustration
- Insuffisance (« *si l'autre me connaît, il verra mes défauts* »)

- Dépendance aux autres
- Les choses me reviennent de droit.

La différence entre les deux groupes de l'étude de Butler est statistiquement significative pour 26 items ; finalement, quatorze items ont été retenus pour créer l'échelle de la personnalité borderline (nombre égal aux items retenus pour les autres troubles de la personnalité). Cependant, pour la personnalité borderline, on voit donc que les items retenus ne sont pas spécifiques comme pour les autres personnalités, mais qu'ils correspondent à des items pris dans les listes de plusieurs autres troubles de la personnalité : ainsi, les 14 items retenus sont les items 4, 9, 13, 15, 16, 18, 27, 60, 97, 113, 116, 119, 125 et 126, qui sont des items des personnalités évitante, dépendante, antisociale, histrionique et paranoïaque ( aucun item des personnalités passive agressive, obsessionnelle compulsive, narcissique et schizoïde n'est donc présent). Le coefficient interne de l'échelle de la PBL ainsi créée est égal à 0,89.

### **C.3. BORDERLINE SYNDROME INDEX : BSI (Conte *et al.*, 1980)**

---

Il s'agit d'un auto-questionnaire réalisé dans les années 80 par Conte et ses collaborateurs, comportant 52 items. Cet outil n'a pas été validé pour le dépistage de la PBL (Marlowe *et al.*, 1996).

### **C.4. BORDERLINE PERSONALITY INTERVIEW : BPI (Leichsenring, 1999)**

---

Il s'agit d'un outil plus récent, auto-questionnaire de 53 items basé sur le concept d'organisation limite de Kernberg : des échelles tentent d'évaluer les dimensions de la diffusion de l'identité, des mécanismes de défense primitifs, de l'évaluation de la réalité et de la peur de l'intimité ; les dimensions interpersonnelles et d'identité sont utiles pour le pronostic psychothérapeutique. Une réponse positive à plus de 20 items suggère une organisation limite. Le BPI est censé être compatible avec le DSM-IV, et présente une bonne sensibilité et une bonne spécificité.

### **C.5. BORDERLINE SYMPTOM LIST : BSL (Bohus *et al.*, 2001)**

---

La BSL est un auto-questionnaire développé en Allemagne, basé sur les critères du DSM-IV, du DIB-R, mais aussi sur l'avis d'experts cliniciens et de patients borderline. La version complète comporte 95 items, et il existe une version courte qui n'en comporte que 23 (BSL-23). Le sujet doit répondre sur une échelle de 0 à 4, en référence à son état durant la semaine passée. A cela s'ajoutent deux autres échelles : une échelle de 0 à 100% qui évalue l'état général du sujet sur la dernière semaine, puis une échelle de mesure comportementale.

La BSL n'a pas encore été traduite en français. Une étude affirme la validité de la BSL, et aussi de sa version courte (BSL-23), pour diagnostiquer la PBL (Glenn *et al.*, 2009).

## **C.6. RÉSULTATS AUX TESTS PROJECTIFS**

---

### ***Test de Rorschach (Rorschach, 1921)***

Ce test a longtemps été considéré comme un des éléments déterminants du diagnostic. En effet, une configuration assez particulière se dégage de cette épreuve : il existe des oscillations permanentes entre des phases de fonctionnement primaire et secondaire.

Ce test montre (Timsit, 1974) :

- que le sujet borderline maintient le lien avec la réalité (bon pourcentage de F+, présence des principales banalités)

- les protocoles sont luxuriants, « expression de la richesse de la vie fantasmatique mais aussi de la transparence d'un inconscient que des défenses névrotiques polymorphes et peu structurées ne sont pas en mesure d'endiguer » ; la coexistence de registres différents (psychotiques, névrotiques, normaux, voire psychopathiques) et leur mise en fonction quasi-simultanée pourrait être caractéristique de ces états.

- des indices d'anxiété sont quasiment toujours présents

- Il existe des thèmes privilégiés, renvoyant d'une part au trouble profond de l'identité (thèmes de naissance, réponses fœtus, embryons...), d'autre part à une toute-puissance magique (thèmes de divinités, fées...)

- Les réponses données comportent des termes contrastés renvoyant à une vision manichéenne du monde et au clivage.

Pour Allilaire, le Rorschach montre qu'il existe chez ces sujets des mécanismes de sous-inclusions (perceptions fragmentaires de l'image, renvoyant à une anatomie morcelée), mais aussi des mécanismes de surinclusions (tendance à traiter toutes les informations sur un même plan, sans stratégie de classification adéquate des informations) (Allilaire, 1985).

Ainsi, de façon générale, le matériel peu structuré que constitue le Rorschach est appréhendé par le sujet borderline de façon confuse et contradictoire, reflétant les distorsions perceptives latentes de ces sujets.

Une étude du test de Rorschach chez les patients borderline a été réalisée : elle comparait 20 patients borderline (selon le DSM-III-R et le DIB de Gunderson) à 20 patients psychotiques et à des patients névrosés ; il s'est avéré que selon ce test, les patients borderline présentent plus de signes de dépendance affective que dans les deux autres groupes, plus de

signes d'hostilité que chez les patients psychotiques, et plus de dévalorisation, d'identification projective et de confabulations que chez les patients névrosés (Burla *et al.*, 1997).

Cependant, une revue de la littérature sur à la fois l'utilisation du Rorschach et du MMPI pour le diagnostic du trouble borderline a montré qu'en dépit de l'utilisation étendue de ces instruments dans cette indication, leurs sensibilité et spécificité demeurent incertaines. En outre, aucune preuve réelle n'a été trouvée pour conforter l'hypothèse communément soutenue que les sujets avec un trouble borderline montraient plus d'altérations sur des mesures non structurées que sur des mesures objectives (Zalewski & Archer, 1991).

***TAT : Thematic Aperception Test (Murray, 1935)***

Les réponses du sujet borderline au TAT contrastent avec celles apportées au test de Rorschach : face à un matériel formel, l'épreuve de réalité est respectée, de même que la capacité à instaurer des liens, à rester cohérent, et à maîtriser la distance réflexive. (Ficheux, 1993).

---

**DEUXIÈME PARTIE :**

***ÉTUDE CLINIQUE :***

**LE PDQ-4+ EST-IL VALIDE  
POUR LE DIAGNOSTIC  
DE LA PERSONNALITÉ  
BORDERLINE ?**

---

## I. INTRODUCTION : CONTEXTE SCIENTIFIQUE

---

La personnalité borderline est parmi les plus fréquents des troubles de la personnalité : elle est présente chez 30 à 60 % des personnes souffrant de ce type de troubles (APA, 2000) ; il s'agit de manière générale d'une pathologie très fréquente par rapport à d'autres, psychiatriques ou somatiques, pourtant mieux connues : elle est 2 fois plus fréquente que la schizophrénie et le trouble bipolaire, et 2,5 fois plus fréquente que le sida. Elle est présente chez 2 à 4 % de la population générale (OMS, 1992), et possède une morbidité et une mortalité très importantes, en particulier, elle est à l'origine des plus forts taux de suicide (Gunderson, 2009). Malgré cela, ce trouble de personnalité reste sous-diagnostiqué (Meyerson, 2008 ; Zimmerman *et al.*, 2010), quand bien même ces deux dernières décennies ont vu se développer des thérapeutiques prometteuses grâce auxquelles il aurait un meilleur pronostic qu'on ne le pensait jusqu'alors (Linehan, 1993 ; Paris & Zweig-Frank, 2001 ; Karaklic & Bungener, 2010).

Ainsi, il serait intéressant de faire le diagnostic de personnalité borderline lorsqu'il est présent. Or, il n'existe pas à notre connaissance de test de dépistage de la personnalité borderline validé en langue française, mais seulement des instruments aidant à conforter un diagnostic clinique, le plus connu étant le DIB-R (Zanarini *et al.*, 1989) ; la validité de cet entretien semi-structuré a été confirmée, même dans sa version française (Zanarini *et al.*, 1989 ; Dupont, 2002), néanmoins, sa limite est de n'explorer que la personnalité borderline, alors que l'on sait que ce trouble est le plus souvent accompagné d'autres personnalités pathologiques (Pope *et al.*, 1983 ; Skodol & Oldham, 1991).

Nous nous proposons donc dans cette étude de valider un questionnaire général de personnalité pour la personnalité borderline, afin d'évaluer si son utilisation dans le dépistage de cette pathologie est possible : nous aurions ainsi un instrument qui permettrait de faire le diagnostic à la fois de la PBL, mais aussi des autres troubles de la personnalité éventuels qui l'accompagnent. Nous avons choisi pour cela un auto-questionnaire, afin d'étudier également la conscience qu'a le patient de son trouble psychiatrique (*insight*). Parmi les auto-questionnaires de personnalité existant en langue française (SCID-II, VKP et PDQ-4+), nous avons choisi le PDQ-4+ car il nous a semblé qu'il était le plus pertinent ; en effet, il présente la durée de passation la plus courte (environ 15 minutes), avec le nombre de questions le plus court, et la durée de correction est aussi rapide (10 à 20 minutes) ; de plus, il possède une

échelle de signification clinique, contrairement aux 2 autres questionnaires qui doivent être vérifiés par un entretien structuré : cette échelle permet d'obtenir un résultat comparable aux entretiens structurés mais plus rapidement (20 à 30 minutes) ; enfin, tous les items d'un même trouble de la personnalité ne sont pas sur la même page, contrairement aux deux autres questionnaires, ce qui évite l'effet de halo. Cependant, l'approche de la personnalité du PDQ-4+ n'est que catégorielle, alors que la VKP présente une double approche catégorielle et dimensionnelle. Nous étudions donc ici si cette approche catégorielle de la personnalité est valide pour le diagnostic du trouble de personnalité le plus fréquent et parmi les plus invalidants : la personnalité borderline.

## **II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

---

L'objectif principal de cette étude était de valider le PDQ-4+ pour le diagnostic de la personnalité borderline.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- déterminer les personnalités comorbides de la personnalité borderline les plus fréquentes avec le PDQ-4+.
- Déterminer les critères de personnalité les plus fréquemment rencontrés chez la personnalité borderline avec le PDQ-4+.
- comparer le PDQ-4+ à d'autres outils diagnostiques (critères DSM-4 et CIM-10 de la personnalité borderline).

## **III. MÉTHODOLOGIE**

---

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, cas-témoins, portant sur une population de 94 sujets, qui a été conduite en 2010 pendant sept mois, dans le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Dans un premier temps, il a été effectué l'inclusion de patients cliniquement borderline, et puis dans un second temps l'inclusion de sujets témoins, en se basant sur les caractéristiques sociodémographiques des patients.

## **A. POPULATION**

---

### **A.1. GROUPE DES PATIENTS**

---

#### **Critères d'inclusion**

Les patients inclus devaient être des patients psychiatriques diagnostiqués comme présentant une personnalité borderline selon l'impression clinique du psychiatre qui les suivait. Ils devaient avoir donné leur consentement éclairé de participation.

#### **Critères de non inclusion**

Les patients qui présentaient une comorbidité psychiatrique aiguë, ou dont les manifestations étaient trop importantes, n'étaient pas inclus, cela pouvant altérer les réponses à l'auto-questionnaire PDQ-4+. Egalement, les sujets dont le niveau cognitif ne permettait pas de compléter seuls l'auto-questionnaire n'étaient pas inclus, de même que ceux qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

#### **Critères d'exclusion**

Ont été exclus de l'étude les patients qui n'ont pas répondu correctement au questionnaire, c'est-à-dire ceux qui ont coché entre « *vrai* » et « *faux* » ou qui n'ont pas répondu à certaines questions, et ceux qui ont répondu « *vrai* » à la question 76 : « *j'ai beaucoup menti dans ce questionnaire* » : dans ces cas, le questionnaire PDQ-4+ n'était pas utilisable.

#### **Recrutement des patients**

Le recrutement des patients a eu lieu entre janvier et juin 2010, au centre hospitalier Esquirol de Limoges. Vingt-sept psychiatres y exerçant ont été sollicités pour la réalisation de cette étude, et les patients pouvaient être soit hospitalisés, soit vus en consultation psychiatrique de suivi. Le recrutement des patients hospitalisés s'est fait sur 6 unités ouvertes et un hôpital de jour. Finalement, ce sont vingt-deux praticiens qui ont participé à cette étude.

### **A.2. GROUPE DES TÉMOINS**

---

#### **Critères d'inclusion**

Les témoins de cette étude ne devaient pas présenter de personnalité borderline cliniquement. Ils devaient aussi avoir donné leur consentement éclairé de participation. Il était

également important qu'ils présentent des caractéristiques sociodémographiques les plus proches possibles du groupe des patients.

### **Critères de non inclusion**

Les témoins n'ayant pas désiré participer à cette étude n'ont bien sûr pas été inclus.

### **Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient les mêmes que pour les patients.

### **Recrutement des témoins**

Les sujets témoins ont été recrutés au sein du personnel du C.H. Esquirol de Limoges, et étaient des personnes connues de l'équipe ayant contribué à cette étude, afin que le critère principal de leur inclusion – à savoir ne pas présenter de personnalité borderline cliniquement – soit respecté. Ce groupe comprenait des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des agents de service hospitaliers et des secrétaires médicales, recrutés dans plusieurs services du C.H. Esquirol. Les témoins questionnés répondaient autant que possible aux caractéristiques sociodémographiques des patients.

## **B. PROCÉDURES**

---

Après obtention de leur consentement éclairé, tous les sujets ont bénéficié d'une évaluation standardisée qui comportait un recueil de données sociodémographiques et d'événements de vie, et l'auto-questionnaire PDQ-4+. Tous les dossiers ainsi obtenus ont été anonymisés.

### **B.1. PROCÉDURES CHEZ LES PATIENTS**

---

Après recueil écrit de leur consentement, les patients ayant participé à cette étude se sont vus remettre l'auto-questionnaire PDQ-4+ par leur psychiatre référent, qui leur expliquait le but de ce travail sur la personnalité, en précisant que les résultats obtenus seraient traités de manière anonyme ; la durée de passation n'était pas prédéterminée.

De leur côté, les praticiens devaient fournir certaines informations concernant leur patient : leurs arguments pour le diagnostic de PBL, le motif de consultation ou d'hospitalisation, les comorbidités psychiatriques présentes chez leur patient ainsi que ses antécédents psychiatriques ; la durée du suivi devait également être précisée, et le psychiatre

devait renseigner si son patient avait fait l'objet ou non de multiples suivis psychiatriques auparavant. Les critères DSM-IV de la PBL présents chez le patient devaient être cochés, de même que les critères CIM-10 de la PBL présents. Enfin, le praticien devait renseigner certains éléments sociodémographiques, et préciser si des événements de vie considérés pertinents dans le trouble de PBL ont eu lieu ou pas chez le patient concerné.

Par ailleurs, les patients étaient avertis par leur psychiatre de la possibilité d'une entrevue avec le responsable de l'étude, ceci afin de vérifier avec eux certaines réponses qu'ils avaient données au PDQ-4+ (échelle de signification clinique du PDQ-4+) ; cette éventualité était précisée également sur la feuille de consentement, et ne devait être réalisée que pour la moitié des patients présentant une PBL au PDQ-4+, tirés au sort.

## **B.2. PROCÉDURES CHEZ LES TÉMOINS**

---

Dans un second temps, les témoins de l'étude, après avoir donné leur consentement éclairé, ont également rempli, de manière anonyme, l'auto-questionnaire PDQ-4+ ainsi que la partie concernant les informations sociodémographiques et les événements de vie.

## **B.3. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION**

---

### **Le DSM-IV (APA, 1994)**

Selon le DSM-IV, le diagnostic de personnalité borderline est porté si au moins 5 critères sur les 9 appartenant au trouble de personnalité borderline sont présents (annexe p. 148).

### **La CIM-10 (OMS, 1992)**

Selon la CIM-10, le diagnostic de personnalité borderline (sous-type ici de la personnalité émotionnellement labile), repose sur la présence d'au moins trois des cinq critères caractérisant la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, plus au moins deux caractéristiques d'une liste de cinq critères (annexe p. 149).

### **Le PDQ-4+ (Hyler, 1994)**

La version française du PDQ-4+ a été utilisée dans cette étude (Fontaine *et al.*, 2002) (annexe p.150). Cet auto-questionnaire, dont les modalités de passation et de cotation sont expliquées en première partie, chapitre II, paragraphe A.2, a été utilisé pour évaluer la

présence d'une personnalité borderline chez les sujets de l'étude : le diagnostic de personnalité borderline au PDQ-4+ est porté si au moins cinq items appartenant à une liste de neuf sont présents. La présence des autres troubles de la personnalité a été évaluée également, et les échelles de validité réalisées. Le score total a été calculé. L'échelle de signification clinique a été réalisée chez 25 patients présentant une personnalité borderline au PDQ-4+.

### **C. ANALYSE STATISTIQUE**

---

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour caractériser les données démographiques, certains événements de vie, et les données issues du PDQ-4+ de la population totale, et pour caractériser également les données cliniques chez les patients. La population des sujets positifs pour le trouble de PBL au PDQ-4+ a été également décrite. En particulier, les personnalités et les critères de personnalité présents au PDQ-4+ ont été étudiés pour chacune de ces populations. Ces analyses descriptives ont permis de calculer, en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence, la moyenne, la médiane et la déviation standard.

Secondairement, des analyses bivariées comparant toutes les variables entre patients et témoins, puis entre patients borderline au PDQ-4+ et patients non borderline au PDQ-4+, ont été effectuées. Elles ont permis de déterminer, entre autres, les différences éventuelles entre ces populations concernant la présence de certaines personnalités ou de certains critères de personnalité au PDQ-4+. Pour comparer les variables qualitatives, le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson (pour un effectif théorique minimum  $\geq 5$ ) ou le test exact de Fisher (pour un effectif théorique minimum  $< 5$ ) ont été utilisés, et pour comparer les variables quantitatives (moyennes), c'est le test de Student dont on s'est servi. Les relations entre les différents scores obtenus aux différents outils d'évaluation utilisés ont été analysées par le coefficient de corrélation des rangs de Spearman.

Enfin, une étude métrologique a permis d'évaluer la performance du PDQ-4+ pour étudier sa sensibilité et sa spécificité dans le diagnostic de la personnalité borderline.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé au moyen du logiciel SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL), et la courbe ROC a été réalisée à l'aide du logiciel MedCalc<sup>®</sup> version 11.1.1.0. Pour toutes les analyses, le seuil de significativité pour une valeur de  $p < 0,05$  a été retenu.

## IV. RÉSULTATS

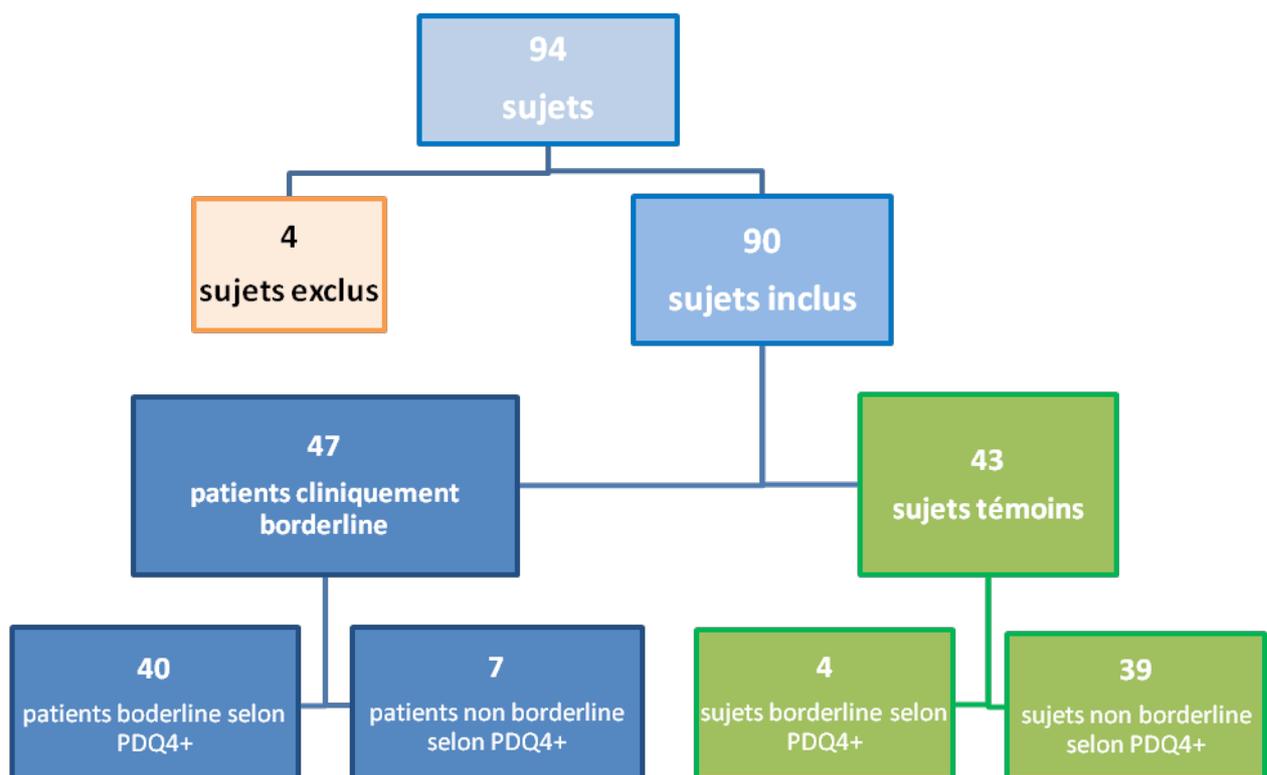
---

### A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION TOTALE

---

Nous avons pu recruter 94 sujets qui ont participé à cette étude, parmi lesquels 51 patients psychiatriques diagnostiqués borderline cliniquement par leur psychiatre : 32 hospitalisés, et 19 vus en consultation ambulatoire. Sur ces 51 patients, 47 ont été retenus (31 hospitalisés et 16 vus en consultation ambulatoire), 4 ayant été exclus pour questionnaire non utilisable. Ainsi, au total, 90 sujets ont été retenus pour cette étude : 47 patients et 43 témoins.

**Figure 2. Diagramme de flux de l'étude.**



## **A.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

---

Sur les 90 sujets retenus pour l'étude, 62 sont des femmes (soit 68,9 % de l'échantillon total). La population totale a un âge moyen de 36,6 ans ( $\pm 9,6$ ) [18-53]. Concernant le statut marital, 43 sujets sont célibataires (47,8 %). Le lieu de vie est majoritairement urbain : 72 sujets (80 %). Concernant le niveau culturel, 45 sujets ont eu le baccalauréat ou un niveau supérieur (50 %). Quant à l'intégration socioprofessionnelle, 32 sujets n'ont pas d'activité professionnelle (35,6 %) et 33 sont employés (36,7 %).

## **A.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE**

---

Dans cet échantillon, 40 sujets déclarent être issus d'un foyer perturbé (44,4 %), 23 disent qu'il existait un antécédent psychiatrique ou un trouble du caractère d'un parent (25,6 %), et 10 ont grandi dans une famille monoparentale (11,1 %). Par rapport à d'éventuels traumatismes subis au cours du développement, 23 sujets déclarent avoir vécu une perte précoce (25,6 %), 21 disent avoir été maltraités (23,3 %), 17 ont été victimes d'abus sexuels (18,9 %), et 18 ont été négligés émotionnellement (20,0 %). Concernant le rang de naissance, 26 sujets de cet échantillon sont des aînés (28,9 %), 24 sont des cadets (26,7 %), et 17 sont les troisièmes de leur fratrie (18,9 %).

## **A.3. DONNÉES DESCRIPTIVES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+**

---

### **Diagnostic de personnalité borderline**

La personnalité borderline est diagnostiquée par le PDQ-4+ chez 44 sujets parmi les 90 de notre échantillon (ce qui correspond à 48,9 % de cette population totale), avec un nombre moyen d'items de personnalité borderline de 4,2 ( $\pm 2,7$ ) [0-8].

### **Autres personnalités au PDQ-4+**

La personnalité dépressive au PDQ-4+ est retrouvée chez 44 sujets, 42 sujets ont une personnalité paranoïaque (46,7 %), 41 ont une personnalité évitante (45,6 %), 39 ont une personnalité obsessionnelle-compulsive (43,3 %), 24 présentent une personnalité schizotypique (26,7 %), 17 ont une personnalité négativiste (18,9 %), 14 ont une personnalité dépendante (15,6 %), 14 ont une personnalité schizoïde, 13 ont une personnalité narcissique (14,4 %), et enfin, 10 sujets présentent une personnalité histrionique (11,1 %), et 10 ont une personnalité antisociale.

Ainsi, le nombre moyen de personnalités présentes chez un même sujet dans cette population totale est d'environ 3,5.

### **Echelles de validité**

Dix-neuf sujets sont positifs pour l'échelle de validité « trop bon » (21,1 %), et 15 pour l'échelle de validité « questionnaire suspect » (16,7 %) : ces derniers ont répondu « vrai » à la question 64 : « *une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée* ».

### **Score total PDQ-4+**

Le score total moyen au PDQ-4+ est de 33,8 ( $\pm$  18,4) [1-67].

## **B. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CLINIQUEMENT BORDERLINE**

### **B.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Sur les 47 patients diagnostiqués personnalités borderline par leur clinicien, 31 sont des femmes (environ 66 %). L'âge moyen est de 38,6 ans ( $\pm$  9,6) [18-53]. Le célibat concerne 25 patients (53,2 %), 8 sont divorcés ou séparés (17 %), et 14 vivent en couple (29,8 %). Trente-six patients déclarent vivre en milieu urbain (76,6 %). Quant à leur niveau culturel, 16 sujets ont eu un BEPC (34 %), 8 ont un niveau baccalauréat (17 %), 7 se sont arrêtés au certificat d'études (14,9 %), 7 aussi ont un niveau universitaire, 5 ont eu leur baccalauréat (10,6 %), et 3 ne savent que lire et écrire (6,4 %) : ainsi, 12 patients ont un niveau égal ou supérieur au baccalauréat (25,5 %). Pour ce qui concerne l'intégration socioprofessionnelle, 32 patients n'exercent pas d'activité professionnelle (68,1 %) ; 10 sujets appartiennent à la catégorie des employés (21,3 %), 2 à la catégorie des artisans-commerçants (4,3 %), 2 également à la catégorie des cadres et professions intellectuelles, et 1 sujet à la catégorie des professions intermédiaires (2,1 %) ; aucun patient n'est agriculteur, ni ouvrier, ni retraité dans cet échantillon.

#### ***Comparaison entre patients et témoins***

Ainsi, dans cette étude, il n'existe pas de différence significative concernant l'âge et le sexe entre les patients et les témoins. Il n'y a pas de différence significative non plus dans le statut marital entre les deux populations, ni concernant le lieu de vie, majoritairement urbain. Cependant, il existe une différence significative dans le niveau culturel entre patients et témoins : les témoins ont significativement plus un niveau égal ou supérieur au baccalauréat

(76,7 % vs 25,5 % ;  $p < 0,0001$ ). Il en est de même pour l'intégration socioprofessionnelle : les patients sont significativement plus sans activité professionnelle (68,1 % vs 0% ;  $p < 0,0001$ ) (Cf. Tableau IV).

## **B.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE**

---

Dans notre échantillon, 36 patients déclarent être issus d'un foyer perturbé (76,6 %), 22 ont un antécédent psychiatrique d'un parent (46,8 %), et 6 ont grandi dans une famille monoparentale (12,8 %). Parmi les traumatismes précoces subis au cours du développement, 20 patients déclarent avoir vécu une perte (42,6 %), 20 également ont été maltraités, 17 ont été victimes d'abus sexuels (36,2 %), et 15 disent avoir été négligés émotionnellement (31,9 %). Concernant le rang de naissance, 12 patients sont des cadets (25,5 %), 10 sont des aînés (21,3 %), et 8 sont des troisièmes nés (17 %).

### ***Comparaison entre patients et témoins***

Ainsi, il existe beaucoup de différences significatives entre les patients cliniquement borderline et les témoins : de manière significative, les premiers sont plus souvent issus de foyers perturbés (76,6 % vs 9,3 % ;  $p < 0,0001$ ), ont plus d'antécédents psychiatriques parentaux (46,8 % vs 2,3 % ;  $p < 0,0001$ ), ont vécu plus de séparations et de pertes précoces (42,6 % vs 7 % ;  $p < 0,0001$ ), ont subi plus de maltraitance (42,6 % vs 2,3 % ;  $p < 0,0001$ ) et plus d'abus sexuels (36,2 % vs 0 %), et ils ont été plus négligés émotionnellement (31,9 % vs 7 % ;  $p = 0,002$ ) ; cependant, concernant le fait de grandir dans une famille monoparentale, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Quant au rang de naissance, dans notre étude, les patients, comme les témoins, sont répartis de manière assez équilibrée entre le premier, le deuxième et le troisième rang (Cf. Tableau IV).

**Tableau IV. Caractéristiques sociodémographiques et événements de vie : comparaison entre patients et témoins.**

	Population totale	Patients	Témoins	Significativité
	n=90	n=47	n=43	p
<i>Age moyen (ans)</i>	37,6 ± 9,5	38,6 ± 9,6	36,2 ± 9,1	0,096
<i>Sexe (% femmes)</i>	62 (68,9)	31 (66,0)	31 (72,1)	0,532
<i>Célibataires (%)</i>	43 (47,8)	25 (53,2)	18 (41,9)	<b>0,282</b>
<i>Divorcés (%)</i>	10 (11,1)	8 (17,0)	2 (4,7)	<b>0,064</b>
<i>Niveau culturel élevé (%)</i>	45 (50,0)	12 (25,5)	33 (76,7)	<0,0001
<i>Sans activité (%)</i>	32 (35,6)	32 (68,1)	0	<0,0001
<i>Foyer perturbé (%)</i>	40 (44,4)	36 (76,6)	4 (9,3)	<0,0001
<i>Antécédent psy familial (%)</i>	23 (25,6)	22 (46,8)	1 (2,3)	<0,0001
<i>Famille monoparentale (%)</i>	10 (11,1)	6 (12,8)	4 (9,3)	<b>0,554</b>
<i>Perte précoce (%)</i>	23 (25,6)	20 (42,6)	3 (7)	<0,0001
<i>Maltraitance (%)</i>	21 (23,3)	20 (42,6)	1 (2,3)	<0,0001
<i>Abus sexuel (%)</i>	17 (18,9)	17 (36,2)	0	<0,0001
<i>Négligence émotionnelle (%)</i>	18 (20,0)	15 (31,9)	3 (7)	0,002

### **B.3. DONNÉES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+**

#### **Diagnostic de personnalité borderline**

Parmi les 47 patients de notre étude, 40 sont diagnostiqués personnalités borderline par le PDQ-4+ (ce qui correspond à 85,1 % de cet échantillon de patients), avec une moyenne de 6,2 critères par patient ± 1,4 [3-8].

#### **Autres personnalités au PDQ-4+**

Parmi les autres troubles de la personnalité retrouvés au PDQ-4+, 38 patients ont une personnalité dépressive (80,9 %), 33 ont une personnalité évitante (70,2 %), 33 aussi ont une personnalité paranoïaque, 28 présentent une personnalité obsessionnelle-compulsive (59,6 %), 23 ont une personnalité schizotypique (48,9 %), 13 ont une personnalité dépendante (27,7 %),

de même 13 patients présentent une personnalité négativiste, 12 ont une personnalité schizoïde (25,5 %), 12 aussi ont une personnalité narcissique, 10 ont une personnalité antisociale (21,3 %), et enfin, 8 patients présentent une personnalité histrionique (17 %). Il y a donc en moyenne 5,6 troubles de la personnalité par patient selon le PDQ-4+, et 4,7 personnalités co-morbides par patient dans cette population borderline cliniquement.

### **Echelles de validité**

Treize patients sont positifs à l'échelle de validité « questionnaire suspect » (27,7 %) et 5 patients sont positifs à l'échelle de validité « trop bon » (10,6 %).

### **Score total PDQ-4+**

Le score total moyen au PDQ-4+ retrouvé dans cette population de patients cliniquement borderline est de  $47,4 \pm 10,5$  [14-67].

### **Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+**

Concernant tout d'abord les critères de la personnalité borderline, c'est le critère impulsivité qui a été retrouvé le plus souvent, exploré par la question 98 : « *J'ai fait, de manière impulsive, des choses qui pourraient me créer des problèmes* », 46 patients sur 47 ayant répondu « vrai » à cette question (97,9 %) ; parmi les propositions listées dans la question 98, c'est en premier lieu le fait de boire trop qui a été coché le plus souvent : dans 33 cas (70,2 %), puis la consommation de drogues a été cochée par 23 patients (48,9 %), puis les dépenses d'argent exagérées : chez 21 patients (44,7 %), manger de façon boulimique a été cochée par 18 patients (38,3 %), conduire imprudemment par 16 patients (34 %), et enfin avoir des rapports sexuels avec des personnes à peine connues a été retrouvé chez 12 patients (25,5 %) ; puis 40 patients ont répondu « vrai » à la question 32 correspondant à l'identité perturbée : « *Je me demande souvent qui je suis réellement* » (85,1 %) ; 38 ont répondu par l'affirmative à la question 45 : « *J'ai essayé de me blesser ou de me tuer* » (80,9 %) ; 37 ont répondu « vrai » à la question 6 relative à « l'abandonnisme » : « *Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent* » (78,7 %) ; 34 ont répondu « vrai » à la question 58 correspondant à l'instabilité affective : « *Je suis une personne dont l'humeur est très changeante* » (72,3 %), et 34 également ont répondu « vrai » à la question 78 : « *J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur* » ; 29 patients ont répondu par l'affirmative à la question 69 explorant le sentiment de vide : « *Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens* » (61,7 %) ; et enfin, 21 ont répondu « vrai » à la question

19 relative à l'instabilité des relations interpersonnelles : « *J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi* » (44,7 %), et 21 aussi ont répondu par l'affirmative à la question 93 : « *Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience* ».

Concernant les critères de personnalité en général explorés par le PDQ-4+, nous constatons les éléments suivants : parmi les 93 items balayés, 49 sont positifs chez plus de 50 % de notre échantillon de patients (chez au moins 24 sujets), cela correspond donc à plus de la moitié des items (52,7 %)... Parmi eux, 7 items (sur les 9) appartenant à la personnalité borderline, et 42 items définissant d'autres troubles de la personnalité. Les items les plus fréquemment retrouvés sont les suivants, par ordre d'importance : le critère impulsivité exploré par la question 98 et appartenant à la PBL reste le plus fréquent des critères : 46 patients sur 47 y ont répondu positivement (97,9 %), avec le critère correspondant à la questions 56 « *je me fais beaucoup de soucis* » : 46 patients y ont répondu « vrai » également ; 45 patients ont répondu « vrai » aux questions 28 et 83, respectivement « *je souffre d'un manque d'estime de moi* » et « *je souffre d'un manque d'estime de soi* » (95,7 %) ; en 3<sup>ème</sup> position, vient la question 32 de la PBL concernant l'identité, pour laquelle 40 patients ont répondu par l'affirmative (85,1 %) ; entre 35 et 39 patients (soit plus de 74,5 %) ont confirmé les propositions 6 (critère de PBL), 14, 24, 36, 39, 42, 45 (critère de PBL), 50, 66, 87, 90, 97, respectivement « *je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent* », « *je suis habituellement déprimé(e)* », « *je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance* », « *il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien* », « *je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens* », « *je suis mon propre pire critique* », « *j'ai essayé de me blesser ou de me tuer* », « *je suis très attentif(ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent* », « *si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même* », « *dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise* », « *je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes* », et enfin « *je me sens souvent coupable* ».

### **Echelle de signification clinique**

Parmi les 47 patients de cet échantillon, 25 patients positifs pour la PBL au PDQ-4+ tirés au sort ont été revus pour effectuer l'échelle de signification clinique : aucun diagnostic de personnalité borderline au PDQ-4+ n'a été remis en question par cette réévaluation ; cependant, ont été ainsi retirées 5 personnalités schizotypiques, 3 personnalités négativistes, 2

personnalités évitantes, 2 histrioniques, 2 obsessionnelles-compulsives, 2 paranoïaques, 1 personnalité dépressive, 1 schizoïde, 1 dépendante et 1 narcissique. Le score total moyen au PDQ-4+ chez ces 25 patients est de 45,7 avant la réalisation de cette échelle, et de 44,3 après.

### ***Comparaison entre patients et témoins***

#### Diagnostic de personnalité borderline

Ainsi, il existe une différence significative concernant le diagnostic de personnalité borderline réalisé par le PDQ-4+ entre le groupe de patients borderline cliniquement et le groupe de témoins non borderline cliniquement : en effet, le diagnostic de PBL au PDQ-4+ est fait de manière significativement plus élevée chez les patients borderline cliniquement (85,1 % *vs* 9,3 % ;  $p < 0,0001$ ). Le nombre moyen de critères de PBL par sujet est aussi significativement différent : 6,2 *versus* 1,9 ( $p < 0,0001$ ). (Cf. Tableau V)

#### Autres personnalités au PDQ-4+

Hormis la personnalité histrionique, il y a significativement plus de troubles de la personnalité chez les patients que chez les témoins : personnalités paranoïaques (70,2 % *vs* 20,9 % ;  $p < 0,0001$ ), personnalités antisociales (21,3 % *vs* 0 % ;  $p = 0,001$ ), personnalités obsessionnelles-compulsives (59,6 % *vs* 25,6 % ;  $p = 0,001$ ), personnalités négativistes (27,7 % *vs* 9,3 % ;  $p = 0,027$ ), personnalités schizoïdes (25,5 % *vs* 4,7 % ;  $p = 0,007$ ), personnalités narcissiques (25,5 % *vs* 2,3 % ;  $p = 0,002$ ), personnalités évitantes (70,2 % *vs* 18,6 % ;  $p < 0,0001$ ), personnalités dépressives (80,9 % *vs* 14 % ;  $p < 0,0001$ ), personnalités schizotypiques (48,9 % *vs* 2,3 % ;  $p < 0,0001$ ), et personnalités dépendantes (27,7 % *vs* 2,3 % ;  $p = 0,001$ ). Le nombre moyen de personnalités par sujet est donc significativement différent : 5,6 chez les patients *versus* 1,1 chez les témoins ( $p < 0,0001$ ). (Cf. Tableau V)

#### Echelles de validité

Il y a significativement plus de résultats positifs à l'échelle de validité « trop bon » chez les témoins que chez les patients (32,6 % *vs* 10,6 % ;  $p = 0,011$ ). Mais l'échelle « questionnaire suspect » est significativement plus présente chez les patients que chez les témoins (27,7 % *vs* 4,7 % ;  $p = 0,004$ ). (Cf. Tableau V)

### Score total PDQ-4+

Le score total moyen obtenu au PDQ-4+ est significativement plus élevé chez les patients (47,4 vs 19 ;  $p < 0,0001$ ). (Cf. Tableau V)

### Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+

Plusieurs critères de personnalité explorés par le PDQ-4+, en particulier ceux de la personnalité borderline, sont significativement plus représentés dans la population des patients, sauf le critère exploré par l'item 6 (« *Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent* »), pour lequel il n'y a pas de différence significative entre les patients et les témoins (Cf. Tableau VI).

**Tableau V. Résultats au PDQ-4+ : comparaison entre patients et témoins.**

	Population totale	Patients	Témoins	Significativité
	n=90	n=47	n=43	p
<b>Borderline (%)</b>	<b>44 (48,9)</b>	<b>40 (85,1)</b>	<b>4 (9,3)</b>	<0,0001
<i>Items de PBL</i>	4,2 ± 2,7	6,2 ± 1,4	1,9 ± 1,8	<0,0001
<i>Total personnalités</i>	3,0 ± 2,7	4,75 ± 2,3	1,1 ± 1,7	<0,0001
<i>Paranoïaque (%)</i>	42 (46,7)	33 (70,2)	9 (20,9)	<0,0001
<i>Histrionique (%)</i>	10 (11,1)	8 (17,0)	2 (4,7)	<b>0,064</b>
<i>Antisociale (%)</i>	10 (11,1)	10 (21,3)	0	0,001
<i>Obs-Comp.* (%)</i>	39 (43,3)	28 (59,6)	11 (25,6)	0,001
<i>Négativiste (%)</i>	17 (18,9)	13 (27,7)	4 (9,3)	0,027
<i>Schizoïde (%)</i>	14 (15,6)	12 (25,5)	2 (4,7)	0,007
<i>Narcissique (%)</i>	13 (14,4)	12 (25,5)	1 (2,3)	0,002
<i>Évitante (%)</i>	41 (45,6)	33 (70,2)	8 (18,6)	<0,0001
<i>Dépressive (%)</i>	44 (48,9)	38 (80,9)	6 (14,0)	<0,0001
<i>Schizotypique (%)</i>	24 (26,7)	23 (48,9)	1 (2,3)	<0,0001
<i>Dépendante (%)</i>	14 (15,6)	13 (27,7)	1 (2,3)	0,001
<i>"trop bon" (%)</i>	19 (21,1)	5 (10,6)	14 (32,6)	0,011
<i>"suspect" (%)</i>	15 (16,7)	13 (27,7)	2 (4,7)	0,004
<b>Total PDQ-4+</b>	<b>33,2 ± 18,4</b>	<b>47,4 ± 10,5</b>	<b>19 ± 12,9</b>	<0,0001

\* *Obsessionnelle-compulsive*

**Tableau VI. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients et témoins.**

Items	Patients N=47		Témoins N=43		Significativité p
	n	%	n	%	
<b>6</b>	37	78,7	26	60,5	<b>0,06</b>
19	21	44,7	7	16,3	0,004
32	40	85,1	9	20,9	<0,0001
45	38	80,9	2	4,7	<0,0001
58	34	72,3	9	20,9	<0,0001
69	29	61,7	4	9,3	<0,0001
78	34	72,3	10	23,3	<0,0001
93	21	44,7	8	18,6	0,009
98	46	97,9	14	32,6	<0,0001

## **B.4. DONNÉES ISSUES DES CLASSIFICATIONS DSM-IV ET CIM-10**

---

### **DSM-IV**

Sur les 47 patients de notre échantillon, 37 sont diagnostiqués borderline selon les critères du DSM-IV (78,7 %), avec une moyenne de 5,9 critères par patient ( $\pm 1,8$ ) [2-9].

C'est le critère n°4 : impulsivité, qui est retrouvé le plus fréquemment : chez 45 patients (95,7 %), puis viennent les critères n°6 : instabilité affective, chez 40 patients (85,1 %), n°2 : relations interpersonnelles instables, chez 34 patients (72,3 %), n°1 : efforts effrénés pour éviter les abandons, chez 33 patients (70,2 %), n°3 : identité perturbée, chez 30 patients (63,8 %), n°5 : tentatives d'autolyse et automutilations, chez 29 patients (61,7 %), puis viennent secondairement les critères n°7 : sentiment chronique de vide, chez 26 patients (55,3 %), n°8 : colères, chez 25 patients (53,2 %), n°9 : épisodes psychotiques transitoires, chez 15 patients (31,9 %).

### **CIM-10**

Selon la CIM-10, 25 patients seulement sont diagnostiqués personnalité émotionnellement labile type borderline parmi les 47 patients borderline cliniquement (53,2 %), avec une moyenne de critères par patient de 3,2 pour le type borderline ( $\pm 1,3$ ) [0-5], et de 2,7 pour le type impulsif ( $\pm 1,4$ ) [0-5].

Le critère le plus fréquemment retrouvé est le premier critère de la liste CIM-10 du type impulsif : tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences, présent chez 34 patients (72,3 %), puis viennent 2 critères du type borderline : n°1 et n°3 : perturbation de sa propre image et efforts pour éviter l'abandon, chez 33 patients (70,2 %), puis le n°2 du type borderline : relations intenses et instables, chez 31 patients (66 %), n°5 du type impulsif et n°4 du type borderline : humeur instable et gestes auto-agressifs, chez 29 patients (61,7 %), puis secondairement, viennent les critères n°3 du type impulsif et n°5 du type borderline : colères et sentiments permanents de vide, chez 25 (53,2 %), n°2 du type impulsif : comportement querelleur, chez 21 (44,7 %), et enfin n°4 du type impulsif : difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate, chez 19 (40,4 %).

## **B.4. AUTRES DONNÉES ISSUES DES QUESTIONS POSÉES AUX CLINICIENS**

### **Arguments des cliniciens pour le diagnostic de PBL**

Parmi les arguments avancés par les cliniciens confortant le diagnostic de personnalité borderline, ce sont l'impulsivité et les gestes auto-agressifs qui ont été cités le plus souvent (28 fois), de même que l'instabilité affective (27 fois) ; cependant, des termes du registre des affects ont beaucoup été utilisés également : angoisses (13 fois), et dépressions récurrentes (12 fois) ; le terme « passages à l'acte », pouvant renvoyer à l'impulsivité, a été employé 5 fois. L'argument des addictions a beaucoup été utilisé également (24 fois) ; l'« abandonnisme » a été cité 17 fois (les termes « difficulté d'autonomie » ou « dépendance » ont aussi été employés parfois : à 4 reprises, et le mode de relations anaclitique, qui peut y être rapproché, 7 fois) ; l'instabilité des relations interpersonnelles a été citée 15 fois, et la précision de l'oscillation entre positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation de l'autre 10 fois (le terme « clivage » n'a été cité que 2 fois) ; l'instabilité dans d'autres domaines a été citée également : domaines professionnel et lieux de vie (13 fois) ; l'argument des colères récurrentes ainsi que des gestes hétéro-agressifs a été employé 15 fois ; des termes autour de l'image de soi ont été souvent utilisés : mésestime de soi, manque de confiance en soi, image de soi instable ou perturbée, fragilité narcissique, faux-self (15 fois) ; le sentiment de vide chronique a été cité 14 fois . Plusieurs praticiens ont également donné des éléments biographiques comme arguments diagnostiques (à 12 reprises), la maltraitance dans l'enfance étant l'élément le plus souvent cité, suivi de la négligence émotionnelle puis de l'abandon dans l'enfance ; enfin, l'argument des épisodes psychotiques transitoires a été cité 8 fois, suivi de l'argument des troubles des conduites alimentaires (6 fois) ; d'autres arguments ont été avancés, mais très rarement : comportements antisociaux, difficulté de verbalisation, suivis psychiatriques anarchiques. Un praticien a mis en avant comme argument l'impression d'une pathologie entre la névrose et la psychose, et a employé le terme « diagnostic par défaut ».

### **Motifs d'hospitalisation/de consultation**

Sur les 31 patients recrutés en milieu hospitalier, le motif d'hospitalisation principal est l'éthylisme (chez 20 patients), avec le plus souvent une alcoolisation aiguë dans un contexte d'alcoolisme chronique ; puis les autres motifs d'hospitalisation signalés sont les tentatives d'autolyse (en particulier médicamenteuses), les syndromes dépressifs, les troubles des

conduites alimentaires, puis quelques troubles anxieux, et enfin les hospitalisations de jour pour suivi et consolidation. En ce qui concerne les 16 patients vus en consultation, le motif principal est le suivi du trouble de personnalité borderline, mais les patients consultent également pour syndrome dépressif, éthylisme chronique et autres addictions.

### **Antécédents psychiatriques**

Concernant les antécédents psychiatriques les plus fréquemment retrouvés dans cet échantillon de patients, les addictions (dont l'alcool) et les tentatives d'autolyse (surtout médicamenteuses) arrivent à la première place (signalés une trentaine de fois); puis l'antécédent de dépressions récurrentes a été rapporté à plusieurs reprises également, et deux fois l'antécédent de trouble bipolaire a été signalé; à noter également un syndrome dysphorique prémenstruel; figurent aussi dans les antécédents les multiples hospitalisations en psychiatrie, les épisodes psychotiques (avec parfois diagnostic de schizophrénie qui avait été porté précédemment), les troubles des conduites alimentaires, les troubles anxieux avec le syndrome de stress post-traumatique, et enfin le trouble de personnalité antisociale a été signalé également.

### **Suivi psychiatrique**

La durée du suivi psychiatrique réalisé par le clinicien interrogé est très variable : de 5 jours à 15 ans (en moyenne 2,8 ans  $\pm$  3,9). Il y a eu de nombreux suivis psychiatriques pour 23 patients sur les 47 recrutés (48,9 %).

## **C. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION BORDERLINE AU PDQ-4+**

### **C.1. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES PATIENTS : COMPARAISON ENTRE PATIENTS POSITIFS ET PATIENTS NÉGATIFS**

#### **Données sociodémographiques et événements de vie**

Il n'y a pas de différence significative concernant les données sociodémographiques et les événements de vie entre les patients positifs et les patients négatifs pour la PBL au PDQ-4+, hormis concernant l'activité professionnelle : les patients négatifs sont significativement plus sans activité professionnelle (Cf. Tableau VII).

**Tableau VII. Caractéristiques sociodémographiques et événements de vie :**  
**Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.**

	<b>Borderline PDQ- 4+</b>	<b>Non Borderline PDQ- 4+</b>	<b>Significati vité</b>
	n=40	n=7	<i>p</i>
<i>Age moyen (ans)</i>	39,4 ± 9,2	33,3 ± 11,7	0,153
<i>Sexe (% femmes)</i>	27 (67,5)	4 (57,1)	0,598
<i>Célibataires (%)</i>	19 (47,5)	6 (85,7)	0,105
<i>Divorcés (%)</i>	7 (17,5)	1 (14,3)	0,836
<i>Niveau culturel élevé (%)</i>	9 (22,5)	3 (42,9)	0,278
<i>Sans activité (%)</i>	25 (62,5)	7 (100)	<b>0,052</b>
<i>Foyer perturbé (%)</i>	30 (75,0)	6 (85,7)	0,684
<i>Antécédent psy* familial (%)</i>	18 (45,0)	4 (57,1)	0,638
<i>Famille monoparentale (%)</i>	4 (10,0)	2 (28,6)	0,202
<i>Perte précoce (%)</i>	17 (42,5)	3 (42,9)	0,855
<i>Maltraitance (%)</i>	17 (42,5)	3 (42,9)	0,855
<i>Abus sexuel (%)</i>	15 (37,5)	2 (28,6)	0,741
<i>Négligence émotionnelle (%)</i>	12 (30,0)	3 (42,9)	0,408

\* *psychiatrique*

## **Données issues de l'auto-questionnaire PDQ-4+**

### **Diagnostic de personnalité borderline**

Entre les patients borderline cliniquement confirmés borderline par le PDQ-4+ et ceux qui ont été infirmés par ce test, le nombre moyen d'items pour le diagnostic de personnalité borderline au PDQ-4+ est significativement différent (6,6 vs 3,9 ;  $p < 0,0001$ ) (Cf. Tableau VIII).

Les items de personnalité borderline qui sont significativement plus retrouvés chez les patients positifs au PDQ-4+ que chez les négatifs sont, par ordre décroissant : les épisodes psychotiques transitoires (52,5 % vs 0 % ;  $p = 0,011$ ), l'« abandonnisme » (85 % vs 42,9 % ;  $p = 0,013$ ), et l'identité perturbée (90 % vs 57 % ;  $p = 0,026$ ) ; puis d'autres items sont au seuil de la significativité : le sentiment chronique de vide (67,5 % vs 28,6 % ;  $p = 0,053$ ), l'instabilité affective et les colères répétées (77,5 % vs 42,9 % ;  $p = 0,061$  pour les 2 items) (Cf. Tableau IX et figure 3).

### **Autres personnalités au PDQ-4+**

Il n'y a pas de différence significative entre les patients positifs et les patients négatifs concernant le nombre moyen de personnalités comorbides par patient, mais dans la population des borderline au PDQ-4+, il y a significativement plus de personnalités dépressives (90 % vs 28,6 % ;  $p < 0,0001$ ), plus de personnalités évitantes (80 % vs 14,3 % ;  $p = 0,001$ ), et plus de personnalités schizotypiques (55 % vs 14,3 % ;  $p = 0,049$ ). En revanche, dans la population des patients négatifs pour la PBL au PDQ-4+, il y a significativement plus de personnalités narcissiques (57,1 % vs 20 % ;  $p = 0,040$ ) (Cf. Tableau VIII).

### **Echelles de validité**

S'agissant des deux échelles de validité, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (Cf. Tableau VIII).

### **Score total PDQ-4+**

Le score total moyen au PDQ-4+ est significativement plus élevé chez les patients positifs pour la PBL au PDQ-4+ (49,1 vs 37,4 ;  $p = 0,005$ ) (Cf. Tableau VIII).

### Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+

Parmi les critères de personnalité explorés par le PDQ-4+ autres que ceux de la PBL, 12 sont significativement ou presque plus représentés dans la population des borderline au PDQ-4+ : des critères appartenant à la personnalité dépressive (items 31 : « *je suis habituellement déprimé(e)* »,  $p = 0,051$  ; 42 : « *je suis mon propre pire critique* »,  $p = 0,003$  ; 56 : « *je me fais beaucoup de soucis* »,  $p = 0,017$  ; 84 : « *je suis un(e) pessimiste* »,  $p = 0,001$  ; 97 : « *je me sens souvent coupable* »,  $p = 0,002$ ), des critères appartenant à la personnalité évitante (items 26 : « *je suis inhibé dans mes relations intimes car j'ai peur d'être ridiculisé* »,  $p = 0,013$  ; 39 : « *je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens* »,  $p = 0,002$  ; 87 : « *dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise* »,  $p = 0,001$ ), et un critère de personnalité schizotypique (item 72 : « *j'ai des difficultés à soutenir un face à face* »,  $p = 0,019$ ) ; des items appartenant à d'autres troubles de la personnalité sont aussi significativement plus représentés chez les patients borderline au PDQ-4+ : item 49, de la personnalité négativiste (« *je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail* »),  $p = 0,052$  ; 1 item de la personnalité schizoïde : 95 (« *je garde mes distances à l'égard des autres* »),  $p = 0,037$  ; 1 item appartenant à la personnalité paranoïaque : 96 (« *je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e)* »),  $p = 0,053$ .

Inversement, il existe deux critères de personnalité qui sont significativement plus fréquents chez les patients non borderline au PDQ-4+ : ils appartiennent à la personnalité narcissique : item 18 : « *je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour* » ( $p = 0,040$ ), et à la personnalité schizoïde : 71 : « *je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet* » ( $p = 0,053$ ).

**Tableau VIII. Résultats au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.**

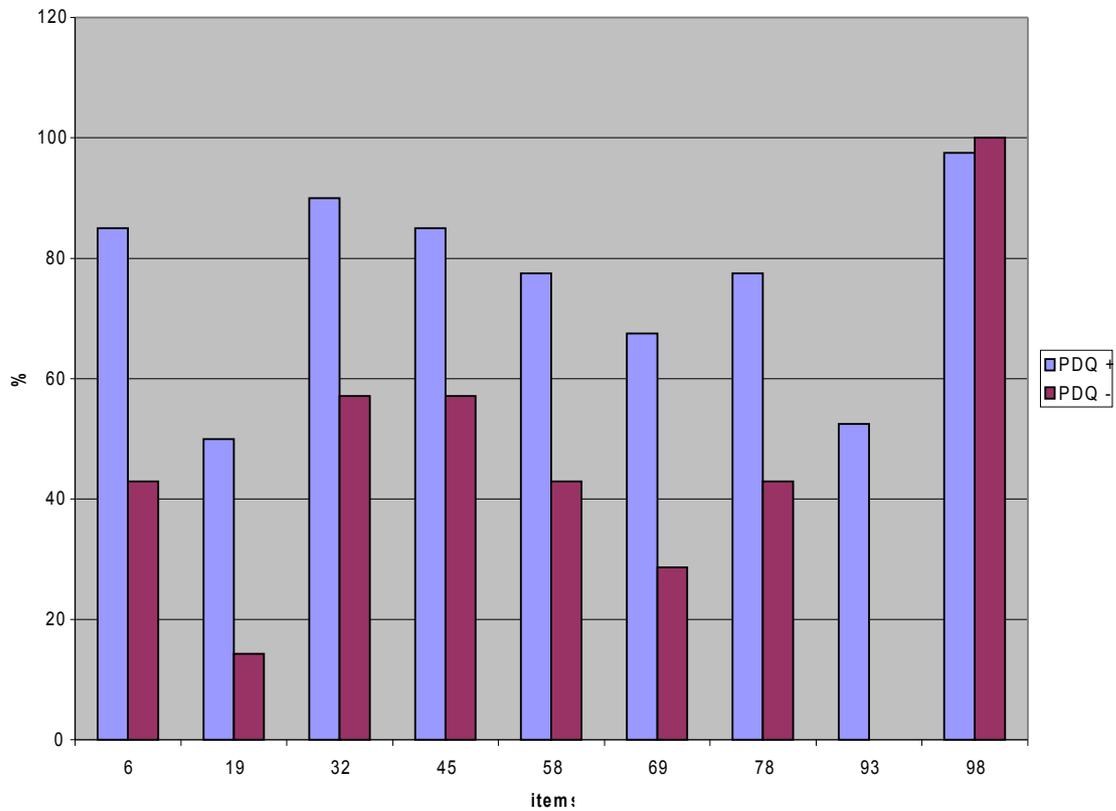
	<b>Borderline PDQ- 4+</b>	<b>Non Borderline PDQ- 4+</b>	<b>Significati vité</b>
	n=40	n=7	<i>p</i>
<i>Nombre d'items de PBL</i>	6,6 ± 1,1	3,9 ± 0,4	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Nb perso* comorbides</i>	5 ± 2,2	3,4 ± 2,8	0,200
<i>Paranoïaque (%)</i>	29 (72,5)	4 (57,1)	0,417
<i>Histrionique (%)</i>	7 (17,5)	1 (14,3)	0,836
<i>Antisociale (%)</i>	8 (20,0)	2 (28,6)	0,613
<i>Obs-Comp.* (%)</i>	24 (60,0)	4 (57,1)	0,888
<i>Négativiste (%)</i>	11 (27,5)	2 (28,6)	0,954
<i>Schizoïde (%)</i>	10 (25,0)	2 (28,6)	0,843
<i>Narcissique (%)</i>	8 (20,0)	4 (57,1)	<b>0,040</b>
<i>Évitante (%)</i>	32 (80,0)	1 (14,3)	<b>0,001</b>
<i>Dépressive (%)</i>	36 (90,0)	2 (28,6)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Schizotypique (%)</i>	22 (55,0)	1 (14,3)	<b>0,049</b>
<i>Dépendante (%)</i>	12 (30,0)	1 (14,3)	0,396
<i>"trop bon" (%)</i>	3 (7,5)	2 (28,6)	0,099
<i>"suspect" (%)</i>	10 (25,0)	3 (42,9)	0,335
<i>Total PDQ- 4+</i>	49,1 ± 8,9	37,4 ± 14,0	<b>0,005</b>

\* Nombre de personnalités; Obsessionnelle-compulsive

**Tableau IX. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.**

Items	Borderline PDQ- 4+		Non Borderline PDQ- 4+		Significativité <i>p</i>
	N = 40		N = 7		
	n	%	n	%	
<b>6</b>	34	85	3	42,9	<b>0,013</b>
<b>19</b>	20	50	1	14,3	0,083
<b>32</b>	36	90	4	57,1	<b>0,026</b>
<b>45</b>	34	85	4	57,1	0,087
<b>58</b>	31	77,5	3	42,9	0,061
<b>69</b>	27	67,5	2	28,6	0,053
<b>78</b>	31	77,5	3	42,9	0,061
<b>93</b>	21	52,5	0	0	<b>0,011</b>
<b>98</b>	39	97,5	7	100	0,676

**Figure 3. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+**



## Données issues des classifications DSM-IV et CIM-10

### DSM-IV

Parmi les 40 patients borderline au PDQ-4+, 33 sont aussi diagnostiquées personnalités borderline selon les critères du DSM-IV (82,5 %) ; parmi les 7 patients non borderline au PDQ-4+, 3 ne le sont pas non plus selon le DSM-IV (42,9 %) ; il n'y a pas de différence significative dans le diagnostic DSM-IV entre les 2 groupes de patients (Cf. Tableau X).

### CIM-10

Concernant la CIM-10, 23 patients seulement positifs au PDQ-4+ sont diagnostiqués personnalité émotionnellement labile type borderline selon la CIM-10 (57,5 %) ; parmi les 7 patients non borderline au PDQ-4+, 5 ne le sont pas non plus selon la CIM-10 (71,4 %) ; il n'y a pas de différence significative dans le diagnostic CIM-10 entre les 2 groupes de patients (Cf. Tableau X).

**Tableau X. Diagnostic de PBL selon CIM-10 et DSM-IV : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.**

	Patients n = 47	Borderline PDQ-4+ n = 40	Non borderline PDQ-4+ n = 7	Significati vité <i>p</i>
<b>DSM-IV</b>				
(%)	37 (78,7)	33 (82,5)	4 (57,1)	0,135
<b>CIM-10</b>				
(%)	25 (53,2)	23 (57,5)	2 (28,6)	0,162

## **Autres données issues des questions posées aux cliniciens**

On ne retrouve pas de différence dans les arguments énoncés par les cliniciens entre les patients borderline au PDQ-4+ et les non borderline au PDQ-4+ ; il en va de même pour les motifs d'hospitalisation ou de consultation ainsi que pour les antécédents psychiatriques. Concernant la durée du suivi psychiatrique actuel, le fait qu'il y ait eu ou pas de nombreux suivis psychiatriques auparavant, et le fait que le patient ait été vu en consultation ou en hospitalisation, il n'y a pas de différence significative non plus entre les deux groupes de patients.

Il est important de préciser que tous les résultats issus des analyses bivariées entre patients positifs et patients négatifs pour la PBL au PDQ-4+ sont à considérer avec prudence, le nombre de patients négatifs étant très faible (7).

### **C.2. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES TÉMOINS : RÉSULTATS AU PDQ-4+**

---

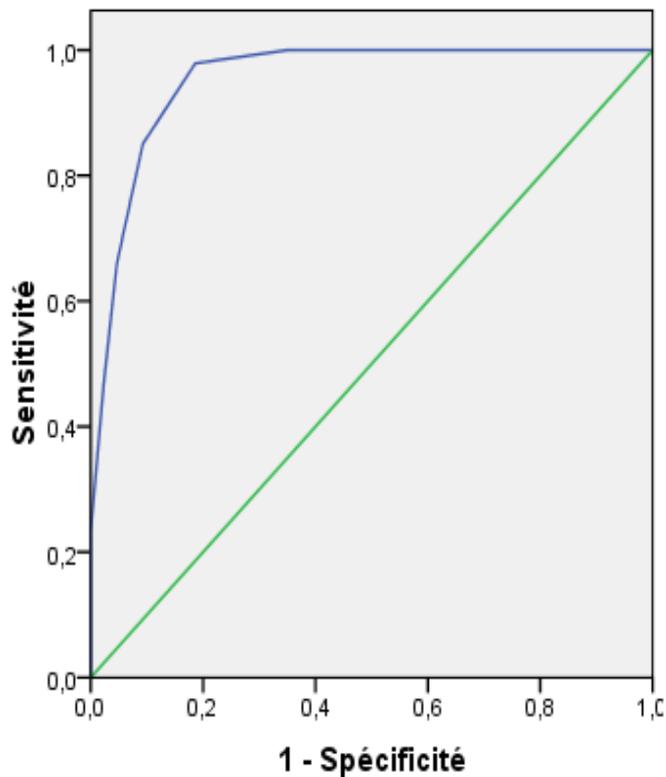
Sur les 43 témoins de l'étude, 4 sont diagnostiqués PBL au PDQ-4+ (9,3 %). Le nombre moyen d'items de la personnalité borderline chez ces derniers est de  $5,75 \pm 1,0$  (5-7). Les personnalités évitante et obsessionnelle-compulsive sont comorbides de la personnalité borderline chez les 4 témoins ; les personnalités dépressive et paranoïaque le sont chez 3 témoins, la personnalité négativiste chez 2 témoins, et les personnalités histrionique et schizotypique chez 1 témoin. Ainsi, le nombre moyen de personnalités comorbides par patient est de  $4,5 \pm 1,3$  (3-6). Aucun de ces témoins n'est positif aux échelles de validité. Le score total moyen au PDQ-4+ est de  $46,8 \pm 6,1$  (41-53).

### **D. QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DU PDQ-4+ POUR LE DIAGNOSTIC DE PERSONNALITÉ BORDERLINE**

---

Dans cette étude, la sensibilité du PDQ-4+ pour le diagnostic de la personnalité borderline, est retrouvée égale à 85,1 %, et sa spécificité égale à 90,7 % pour un sous score seuil de 5. La courbe ROC (Figure 4) avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,95 (IC<sub>95%</sub> : 0,89-0,99 ; p = 0,0001), a permis de montrer les différentes sensibilités, spécificités, les valeurs prédictives positives (VPP) et les valeurs prédictives négatives (VPN) pour les scores seuils entre 1 et 8, et indique que le meilleur score seuil est strictement supérieur à 3.

**Figure 4. Qualités métrologiques du PDQ-4+ pour le diagnostic de la PBL : Courbe ROC.**



Les segments diagonaux sont générés par des liaisons.

**Tableau XI. Qualités métrologiques du PDQ-4+ pour le diagnostic de la PBL : comparaison des données selon différents scores-seuils.**

Sous-score	Sensibilité	IC 95 %	Spécificité	IC 95 %	VPP*	IC 95 %	VPN*	IC 95 %
≥ 0	100	92,5-100	0	0,0-8,2	52,2	41,4-62,9		
> 2	100	92,5-100	65,12	49,1-79,0	75,8	63,3-85,8	100	87,7-100
<b>&gt; 3</b>	<b>97,87</b>	<b>88,7-99,9</b>	<b>81,4</b>	<b>66,6-91,6</b>	<b>85,2</b>	<b>72,9-93,4</b>	<b>97,2</b>	<b>85,5-99,9</b>
> 4	<b>85,11</b>	71,7-93,8	<b>90,7</b>	77,9-97,4	90,9	78,3-97,5	84,8	71,1-93,7
> 5	65,96	50,7-79,1	95,35	84,2-99,4	93,9	79,8-99,3	71,9	58,5-83,0
> 6	46,81	32,1-61,9	97,67	87,7-99,9	95,7	78,1-99,9	62,7	50,0-74,2
> 7	23,4	12,3-38,0	100	91,8-100,0	100	71,5-100,0	54,4	42,8-65,7
> 8	0	0,0-7,5	100	91,8-100,0			47,8	37,1-58,6

\* VPP = Valeur prédictive positive; VPN = Valeur prédictive négative

---

**TROISIÈME PARTIE :**  
***DISCUSSION***  
***ET***  
***PERSPECTIVES D'AVENIR***

---

## **I. DISCUSSION**

---

### **A. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

---

#### **A.1. BIAIS**

---

##### **Biais de sélection**

###### **Chez les patients**

La sélection des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline s'est faite sur l'impression clinique du psychiatre qui suit le patient ; bien-sûr, théoriquement, le clinicien doit se référer aux définitions des troubles reconnues par les classifications internationales, cependant, dans cette étude, il a été demandé au clinicien de se référer plus à son impression clinique, sans vérifier que les critères des classifications internationales étaient remplis : ceci pourrait donc constituer un biais de sélection en créant ainsi une population hétérogène de patients, sans référence scientifiquement établie.

Par ailleurs, cette population de patients cliniquement borderline est constituée principalement de sujets hospitalisés, avec une plus faible proportion de sujets vus en consultation, ce qui introduit encore un élément d'hétérogénéité. D'autre part, les motifs d'hospitalisation ou de consultation de ces patients sont divers et variés, de même que leurs co-morbidités, leurs antécédents et leur durée de suivi psychiatrique ; ils diffèrent aussi au niveau des éléments sociodémographiques et des événements de vie traumatiques. Cependant, afin d'éviter le biais de la symptomatologie d'une autre pathologie psychiatrique associée, il a été demandé aux cliniciens de veiller à ce que les patients recrutés ne présentent pas de co-morbidité psychiatrique actuellement patente.

###### **Chez les témoins**

En ce qui concerne les témoins, ceux-ci ne sont pas représentatifs d'une population générale qui serait négative cliniquement pour la personnalité borderline, même si cela a été tenté, en recrutant parmi les témoins des sujets ayant des professions et des niveaux d'études divers ; en effet, les témoins n'ont été recrutés que sur l'établissement hospitalier Esquirol, ils ne sont donc pas représentatifs d'une population générale ; la nécessité de connaître

personnellement les témoins – afin de ne pas inclure des personnalités borderline parmi eux – a fait qu’un tel recrutement était plus aisé. Il a été porté une attention particulière cependant à ce que l’âge et le sexe des témoins soient les plus proches possibles de ceux des patients.

## **Biais de passation**

### **Chez les patients**

Le biais de passation est ici très réduit puisqu’il s’agit d’un auto-questionnaire, anonyme, qui n’influe pas sur la prise en charge du patient : il est donc plus probable que le patient réponde de façon honnête, même si cela n’est pas garanti totalement, ce qui est donc exploré par les échelles de validité.

D’autre part, la passation dépend aussi du clinicien qui donne le questionnaire au patient : en effet, celui-ci doit lui rappeler que les items explorés doivent correspondre à un mode de fonctionnement présent de manière stable sur les dernières années écoulées ; même si cette consigne figure en tête du questionnaire, et est rappelée à chaque haut de page de celui-ci, il y a encore plus de probabilité que le patient la suive si elle le lui est rappelée également par son psychiatre.

### **Chez les témoins**

Le biais de passation concernant les témoins devrait être plus faible que chez les patients car, en plus de l’anonymat garanti, l’explication de la passation du questionnaire a été réalisée par notre équipe, responsable de cette étude. Le fait que les témoins soient connus personnellement de notre équipe a pu toutefois constituer un biais dans l’honnêteté des réponses au questionnaire, même si l’anonymat était rappelé...

## **Biais de cotation**

### **Chez les patients**

Concernant le biais de cotation, il n’existe pas quand il s’agit de suivre la grille de correction établie pour le PDQ-4+ ; cependant, on peut le retrouver si on effectue l’échelle de signification clinique recommandée, car alors, le remplissage de cette échelle va là dépendre de la pertinence des questions posées par l’évaluateur, même si là encore, un modèle de questions est prédéfini ; de plus, si l’on veut réaliser au mieux cette échelle, le facteur temps entre en jeu, il faut donc pouvoir en disposer, ajouter à cela que les mêmes questions peuvent

être posées plusieurs fois, car chaque série de critères positifs doit être explorée : ceci peut donc être rébarbatif, et pour l'évaluateur, et pour le patient... Sans compter qu'entre alors un biais qui peut être très important : celui de la levée de l'anonymat : le patient, face à l'évaluateur, ne réagira pas de la même façon que face à une feuille de papier anonyme à compléter ; il peut aussi être influencé dans ses réponses par les paroles dites par l'évaluateur. Néanmoins, dans cette étude, c'est toujours le même évaluateur qui a fait passer l'échelle de signification clinique.

### **Chez les témoins**

L'échelle de signification clinique n'a pas été réalisée chez les témoins afin de préserver l'anonymat : le biais de cotation persistant donc chez les témoins dépend de la seule attention de l'évaluateur à respecter la grille de correction du PDQ-4+, l'évaluateur dans cette étude étant toujours le même.

## **A.2. LIMITES**

---

Il paraît important d'insister sur le fait que, malgré le nombre adéquat de sujets nécessaires déterminé approximativement pour cette étude à partir des données de la littérature internationale, l'échantillon de patients reste limité (47) et hétérogène (31 patients hospitalisés *versus* 16 patients vus en consultation, co-morbidités différentes...). Par conséquent, les résultats doivent être considérés avec prudence.

## **B. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

---

### **B.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS A L'ANALYSE DES ÉLÉMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET DES ÉVÉNEMENTS DE VIE**

---

#### **Eléments sociodémographiques**

Dans l'échantillon de patients cliniquement borderline étudié, il existe une prédominance de femmes (66 %), ce qui s'accorde avec les données de la littérature affirmant que le trouble de personnalité borderline est plus souvent rencontré chez les femmes : 75 % des cas (APA, 2000). L'âge moyen retrouvé chez ces patients (38,6 ans) est un peu plus élevé que celui retrouvé dans les données de la littérature, selon lesquelles le cap de vulnérabilité maximum se situe autour de la trentaine (Pope *et al.*, 1983 ; McGlashan, 1986 ; Stone, 1993). De même, les patients sont ici majoritairement célibataires (53,2 %), comme cela a été constaté dans plusieurs autres études (Grant *et al.*, 2008 ; Chainé *et al.*, 1999). Ils vivent pour la plupart en milieu urbain (76,6 %), mais cela ne peut être comparé à d'autres résultats car il n'a pas été retrouvé de donnée concernant le lieu de vie des personnalités borderline dans la littérature (nous savons simplement que plusieurs pathologies psychiatriques sont plus souvent rencontrées en ville qu'à la campagne, comme par exemple pour la schizophrénie (Eaton *et al.*, 2000). Le niveau culturel de nos patients est plutôt globalement bas, et ils n'ont pas d'activité professionnelle pour la plupart (68,1 %), conformément à ce qui est déjà décrit (Widom *et al.*, 2009).

#### **Evénements de vie**

Concernant les événements de vie des patients de cette étude, il est aussi retrouvé des similitudes avec les données de la littérature (Bandelow *et al.*, 2005, Gunderson & Zanarini, 1989): près des trois quarts des patients de cet échantillon proviennent d'un foyer familial perturbé (76,6 %), dans lequel il était souvent retrouvé un trouble psychiatrique chez un parent (46,8 %) ; une proportion importante de patients déclare avoir subi une perte ou une maltraitance au cours du développement (42,6 %), et dans une moindre mesure, un abus sexuel (36,2 %). Cependant, la négligence émotionnelle est retrouvée ici dans une plus faible proportion (31,9 %) que les autres traumatismes, ce qui va à l'encontre de certains résultats de la littérature (Zanarini *et al.*, 1997). Tous ces événements de vie sont significativement plus importants chez les patients que chez les témoins, sauf le fait d'avoir grandi dans une famille

monoparentale : ce dernier résultat contredit certaines données de la littérature (Chaine *et al.*, 1999).

Par ailleurs, le rang de naissance est différent de celui qui avait été retrouvé dans une étude où il avait été constaté que le sujet présentant un trouble de personnalité borderline était souvent un premier né (Chaine *et al.*, 1999) : ceci n'est pas retrouvé dans notre étude, où il existe une répartition quasi homogène entre premier, deuxième et troisième rang de naissance.

## **B.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AU PDQ-4+**

---

### **Diagnostic de personnalité borderline**

Le diagnostic de personnalité borderline au PDQ-4+ est porté chez 85,1 % des patients cliniquement borderline : dans la plupart des cas, le PDQ-4+ confirme donc le diagnostic du clinicien ; nous pouvons donc dire que l'auto-évaluation des sujets souffrant du trouble borderline est très bonne, il n'y a pas de déni ou d'absence de conscience de leur pathologie. Seulement 7 patients sur 47 n'ont pas été diagnostiqués borderline par le PDQ-4+. Les hypothèses que nous pouvons émettre pour expliquer cette absence de diagnostic sont les suivantes : soit l'impression du clinicien n'était pas basée sur suffisamment de données pertinentes pour le diagnostic de PBL, soit le patient est effectivement borderline selon les classifications internationales et son auto-évaluation est mauvaise. Le nombre moyen d'items de la personnalité borderline chez les patients est de 6,2, ce qui n'est pas un chiffre très élevé : le diagnostic de PBL dans cette étude est donc fait à partir d'un nombre d'items juste au-dessus de la moyenne ; ceci est un argument pour la vérification du diagnostic de PBL par l'échelle de signification clinique. Cependant, une autre étude utilisant le SCID-II pour le diagnostic de PBL trouve un nombre moyen d'items de cette personnalité quasi-identique (6,1) (Johansen *et al.*, 2004).

Concernant la hiérarchie des items de la personnalité borderline, nous pouvons confronter nos résultats à ceux de Johansen et de ses collaborateurs, n'ayant pas retrouvé d'autre travail étudiant ce sujet (Johansen *et al.*, 2004). Il apparaît alors que certains de nos résultats concordent avec la hiérarchie des critères de la PBL proposée par Johansen, mais que d'autres divergent. Tout d'abord, selon Johansen et ses collaborateurs, qui ont utilisé le SCID-II pour le diagnostic de PBL, le critère le plus important de la personnalité borderline est l'instabilité des relations interpersonnelles, alors que dans notre étude, nous retrouvons ce critère en dernière position (ex aco avec les épisodes psychotiques transitoires : 44,7 % des patients). Cette différence peut être expliquée par le fait que l'instabilité relationnelle est

explorée dans le PDQ-4+ par la question : « *j'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi* », ce qui n'explore pas toutes les facettes possibles de l'instabilité relationnelle, qui peut s'exprimer simplement par une rupture rapide avec une personne, puis un engagement immédiat dans une relation avec une autre personne, sans dévalorisation de la relation précédente... Ainsi, les personnalités borderline auraient peut-être plus ce type de relations, sans osciller forcément entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation. L'autre hypothèse est que les sujets souffrant de PBL ne sont pas conscients de ce mode de pensée dichotomique qu'ils possèdent.

En revanche, concernant le critère impulsivité, notre résultat concorde avec celui de l'étude de Johansen : il s'agit d'un critère très important de la personnalité borderline, que l'on retrouve dans notre étude chez 97,9 % des patients. La perturbation de l'identité est aussi retrouvée en bonne position dans les deux études (85,1 % ici). Enfin, de même que dans l'étude de Johansen, les critères arrivant en dernières positions selon leur fréquence sont le sentiment chronique de vide et les épisodes psychotiques transitoires (respectivement ici dans 61,7 % et 44,7 % des cas).

Ainsi, la majorité de nos résultats avec le PDQ-4+ concernant les items de la personnalité borderline concordent avec ceux de Johansen utilisant le SCID-II On pourrait donc dire qu'il existe trois critères majeurs pour le diagnostic de la PBL : l'impulsivité, l'instabilité relationnelle et la perturbation de l'identité, et deux critères mineurs : le sentiment chronique de vide et les épisodes psychotiques transitoires, le reste des critères ayant une importance moyenne dans le diagnostic.

Par ailleurs, en ce qui concerne le critère impulsivité, c'est ici plus le recours aux substances addictives qui est utilisé, plus que les crises de boulimie, les dépenses inconsidérées d'argent, les conduites routières imprudentes et les relations sexuelles à risque. Ceci s'explique par la présence relativement importante de patients éthyliques chroniques dans notre échantillon, mais cela rejoint aussi les données de la littérature, qui retrouvent plus fréquemment ce type de co-morbidités (TARA, 2004).

### ***Comparaison entre patients et témoins***

La comparaison avec les témoins montre que le PDQ-4+ discrimine bien les patients des témoins en ce qui concerne le diagnostic de PBL (différence significative dans ce diagnostic entre ces deux populations).

Tous les items de la PBL au PDQ-4+ sont discriminants, hormis l'item 6 : « *Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent* », qui n'est donc pas un

item pertinent dans le diagnostic de PBL. Cet item explore la peur de l'abandon, qui est pourtant un élément incontestable de la PBL, et qui s'y exprime beaucoup plus que dans la population générale : nous faisons l'hypothèse que cet item, tel qu'il est exprimé dans le PDQ-4+, n'est pas suffisamment représentatif de l'importance de « l'abandonnisme » de la PBL.

### ***Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+***

Le nombre moyen d'items pour le diagnostic de personnalité borderline au PDQ-4+ est significativement différent entre ces deux groupes de patients (6,6 vs 3,9 ;  $p < 0,0001$ ) : ainsi, les patients négatifs pour la PBL au PDQ-4+, même s'ils sont à la limite du seuil diagnostic de PBL, sont très différents des patients positifs. Le nombre moyen d'items de PBL chez ces patients négatifs est tout de même plus élevé que celui retrouvé chez les témoins (1,93) : ce résultat est logique puisqu'il s'agit d'une population psychiatrique, qui de plus a été diagnostiquée borderline selon l'impression du clinicien.

Sur les 9 items explorant la personnalité borderline, 3 s'avèrent significativement discriminants entre les deux groupes de patients : l'item explorant les épisodes psychotiques transitoires, qui est complètement absent chez les patients négatifs (0 % vs 52,5 % ;  $p = 0,011$ ), l'item explorant la peur de l'abandon, et l'item explorant l'identité perturbée. Les items qui ne sont pas du tout discriminants sont ceux explorant l'impulsivité, l'instabilité relationnelle, et les automutilations. Ce résultat montre qu'il existe une fragilité supplémentaire chez les patients positifs pour la PBL au PDQ-4+ : ils auraient une défaillance narcissique et une vulnérabilité aux phénomènes psychotiques plus importantes que les patients négatifs.

### **Autres personnalités et critères de personnalité au PDQ-4+**

#### **Personnalités**

Le nombre moyen de personnalités comorbides par patient s'élève à 4,7 : on peut trouver qu'il s'agit d'un chiffre trop important, qui révélerait une faible spécificité du questionnaire PDQ-4+. Néanmoins, ce résultat est conforme aux données de la littérature qui affirment que l'association de plusieurs troubles de la personnalité est souvent le cas chez les sujets borderline (Pope *et al.*, 1983). Il est cependant supérieur à celui trouvé dans une étude antérieure utilisant l'IPDE version DSM-III-R (2,5) (Chaine *et al.*, 1999).

La majorité des patients présente comme comorbidité une personnalité dépressive (80,9 %) : ceci met l'accent encore une fois sur l'importance de la dépressivité dans l'état-limite,

comme l'avait souligné Bergeret (La dépression et les états-limites, 1992) ; pour cet auteur, les sujets souffrant d'un état-limite luttent contre une dépression de type anaclitique, c'est-à-dire qu'ils sont dépendants d'un objet sur lequel ils se reposent passivement, et sur lequel ils s'appuient : lorsque le sujet imagine que cet objet fait défaut, l'angoisse dépressive surgit ; ceci est le reflet d'une maladie du narcissisme, mal construit, fragile. D'autres auteurs ont décrit la dépression de l'état-limite : Masterson (« dépression d'abandon ») et Stern (défaillance de l'estime de soi).

Cependant, la personnalité dépressive correspond à un état stable, où l'humeur est de manière habituelle maussade, ce qui n'est pas tout à fait le cas de la personnalité borderline, chez qui l'humeur dépressive est décrite comme fugace, et peut rapidement laisser place à de l'irritabilité ou de la colère ; de même, l'estime de soi dans l'état limite varie classiquement entre les deux extrêmes que sont la dévalorisation et la survalorisation, alors que c'est une faible estime de soi qui est retrouvée de façon stable dans la personnalité dépressive ; il en va de même pour le sentiment de culpabilité. Ainsi, il est nécessaire là encore d'être prudent dans ce diagnostic de personnalité dépressive, qui pourrait être vérifié à l'aide de l'échelle de signification clinique. Ce pourcentage élevé de personnalités dépressives comorbides peut aussi être lié au fait qu'un grand nombre des patients de cette étude étaient hospitalisés, et que par conséquent, même s'il a été demandé aux cliniciens d'éliminer les sujets présentant une comorbidité aiguë, des patients dépressifs ou encore fragiles ont pu être inclus, répondant aux questions du PDQ-4+ en suivant leur état actuel et non leur état sur plusieurs années... A noter également que beaucoup de nos patients souffrent d'un éthylisme chronique, qui est un facteur dépressiogène... Nous n'avons pas retrouvé de résultat similaire dans la littérature car les tests de personnalité utilisés n'explorent pas la personnalité dépressive. Malgré tout cela, une personnalité authentiquement dépressive comorbide de la personnalité borderline reste plausible, quand on sait que la dévalorisation de soi dans cette personnalité est beaucoup plus fréquente que la surestime de soi, et qu'un vécu abandonnique que l'on peut assimiler à un deuil est souvent le cas.

Les autres personnalités souvent retrouvées comorbides dans notre étude sont les personnalités évitante et paranoïaque (70,2 %), qui correspondent à des personnalités ayant un rapport de crainte vis-à-vis de l'autre, ce qui peut s'entendre dans un contexte de personnalité borderline, dont les rapports à autrui sont très fragiles, souvent emprunts de déception, voire de haine. La comorbidité fréquente avec la personnalité évitante a également été retrouvée dans deux études qui avaient utilisé l'IPDE dans sa version DSM (Chaine et al., 1999 ; Critchfield *et al.*, 2008). Dans une autre ayant utilisé l'entretien semi-structuré SCID-II ; c'est

la personnalité paranoïaque qui est souvent comorbide (Johansen *et al.*, 2004 ; Critchfield *et al.*, 2008 ). Nous avons également retrouvé que la personnalité obsessionnelle-compulsive est comorbide chez les patients dans 59,6 % des cas, résultat comparable à l'étude de Critchfield *et al.*, 2008). La personnalité schizotypique est aussi relativement bien représentée dans notre étude (48,9 %) : ce résultat diffère de celui de Johansen, mais se rapproche de celui trouvé par une autre équipe (Critchfield *et al.*, 2008).

Conformément au résultat du travail de Chaine mais à l'opposé de ceux de Johansen et de Gunderson (Gunderson *et al.*, 1996), nous trouvons que la personnalité antisociale est peu comorbide par rapport à d'autres troubles de la personnalité (21,3 %). Contrairement à ce qui a été retrouvé dans les études de Chaine, Critchfield et Johansen, la personnalité narcissique est peu représentée dans cet échantillon par rapport à d'autres troubles de la personnalité (25,5 %). La personnalité dépendante est aussi peu représentée (27,7 %), contrairement au résultat de Chaine. Enfin, c'est la personnalité histrionique qui est la moins souvent comorbide dans notre étude, alors que l'état-limite avait été considéré à une époque comme étant une forme d'hystérie, et que les travaux de Chaine, de Critchfield et de Johansen avaient montré une importance moyenne de la comorbidité de la personnalité histrionique.

Il ressort de ces résultats qu'il est possible que notre échantillon de patients, constitués en majeure partie de patients hospitalisés dont beaucoup sont éthyliques chroniques, ne soit pas représentatif de toute la population borderline ; nos patients auraient une plus faible estime d'eux-mêmes, et seraient plus anxieux et plus craintifs à l'égard des autres (traits des personnalités dépressive, évitante, obsessionnelle-compulsive et paranoïaque), ce qui est à l'opposé de ce que l'on peut retrouver chez les narcissiques, les antisociaux et les hystériques, d'où la faible représentation de ces personnalités. Dans notre étude, nous observons donc que le cluster B, caractérisé par des comportements flamboyants et auquel appartient la PBL, est en fait peu représenté !

Par ailleurs, notre étude montre que la personnalité schizotypique est bien représentée, ce qui va dans le même sens que l'importance donnée aux symptômes psychotiques dans le diagnostic de la personnalité borderline, et dans le même sens aussi que la conception classique de cette personnalité entre névrose et psychose... Même si dans la définition DSM-IV les épisodes psychotiques ne sont que transitoires, il semblerait qu'il existe des bizarreries dans le fonctionnement mental de fond de ces patients, mais rappelons que notre population de patients n'est probablement pas représentative d'une population borderline générale. Ainsi, dans notre étude, les clusters A et C sont plus représentés que le cluster B. Nous pouvons suggérer à partir de ces résultats que notre étude fait dégager un sous-type particulier de PBL,

qui reste dans une position dépressive franche, avec un risque important d'effondrements psychotiques, et qui développe beaucoup moins que les autres personnalités du cluster B des mécanismes défensifs parfois proches de la manie... L'autre hypothèse que l'on peut émettre est que les psychiatres qui nous ont adressé les patients considèrent dans l'ensemble que la comorbidité des personnalités du cluster B avec la PBL est incompatible...

Concernant la personnalité dépendante qui est ici peu représentée, cela peut paraître étrange dans un premier abord quand on sait que l'état-limite présente une relation anaclitique à l'objet, mais en réalité, la personnalité dépendante présente en fait une dépendance plus matérielle qu'affective à l'autre, alors que c'est l'inverse chez la personnalité borderline...

### **Critères de personnalité**

Ce sont en premier lieu des critères de la personnalité dépressive qui sont plus souvent retrouvés que ceux de la personnalité borderline ; il existe des critères appartenant à d'autres personnalités (en général, sauf pour la personnalité histrionique, celles qui sont le plus fréquemment retrouvées dans notre échantillon de patients : dépressive, évitante, paranoïaque, schizotypique et obsessionnelle-compulsive) qui sont plus fréquemment retrouvés que certains critères de la personnalité borderline elle-même... Ce résultat avait aussi été constaté par une autre équipe (Johansen *et al.*, 2004).

### ***Comparaison entre patients et témoins***

Le PDQ-4+ discrimine bien patients et témoins concernant toutes les personnalités explorées, hormis la personnalité histrionique : ainsi, dans notre étude, cette personnalité n'a absolument aucun lien avec la PBL.

### ***Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+***

Le nombre moyen de personnalités comorbides par patient n'est pas significativement différent entre les deux catégories de patients (5,0 vs 3,4 ;  $p = 0,200$ ) : ainsi, même si certains patients sont négatifs pour la PBL, il existe chez eux des manifestations importantes de troubles de la personnalité autres. On peut dire que le clinicien ne s'est pas trompé sur l'existence d'un trouble de la personnalité, sans précision, chez eux.

Deux personnalités sont très discriminantes entre patients positifs et patients négatifs pour la PBL au PDQ-4+ : la personnalité dépressive (90 % vs 28,6 % ;  $p < 0,0001$ ) et la personnalité évitante (80 % vs 14,3 % ;  $p = 0,001$ ) ; de même, certains items de ces personnalités sont discriminants, ainsi que des items d'autres personnalités mais reflétant

aussi la crainte de l'autre (ex. : l'item 95 de la personnalité schizoïde : « je garde mes distances à l'égard des autres ») : ainsi, les symptômes de dépressivité et de comportements craintifs vis-à-vis d'autrui sont peu représentés chez les patients négatifs par rapport aux patients positifs pour la PBL au PDQ-4+.

Les patients négatifs sont au contraire dans une position de surestime de soi, de survalorisation de soi par rapport aux autres, voire de mépris des autres, qui ne sont pas craints mais au contraire dont on recherche la compagnie : ceci est interprétable à partir des résultats suivants : la personnalité narcissique est significativement plus représentée chez les patients négatifs (57,1 % vs 20 % ;  $p = 0,040$ ), et d'autres items se rapportant à cela sont aussi discriminants (item 71 de la personnalité schizoïde : « je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet » ;  $p = 0,053$ ).

La personnalité narcissique appartenant au cluster B comme la personnalité borderline, et présentant des similitudes avec cette dernière (inflation narcissique et comportements flamboyants et extrêmes), on peut émettre l'hypothèse, si l'on en croit le résultat du PDQ-4+, que les cliniciens ont pu se tromper en diagnostiquant une PBL chez des sujets qui sont en fait narcissiques.

Par ailleurs, il semble y avoir plus de bizarreries chez les patients positifs, comme en témoigne le fait que la personnalité schizotypique est discriminante entre les deux populations (55 % vs 14,3 % ;  $p = 0,049$ ). Nous remarquons donc que les personnalités significativement plus comorbides chez les patients positifs sont aussi celles qui sont les plus fréquemment comorbides dans notre population de patients ; de même, la personnalité narcissique, significativement plus représentée chez les patients négatifs, est parmi les personnalités les moins comorbides chez nos patients. Tout cela confirme la plus grande fragilité, dépressive et psychotique, des patients positifs pour la PBL au PDQ-4+, par rapport aux patients négatifs.

### **Echelles de validité**

Si l'on considère le pourcentage de questionnaires suspects, on se rend compte qu'il s'agit d'un nombre non négligeable : 27,7 %, soit près du tiers de notre échantillon de patients. On peut donc se demander si les sujets ayant répondu « *vrai* » à la question 64 (« *une guerre atomique ne serait peut être pas une si mauvaise idée* ») sont tous réellement suspects : sont-ils des « plaisantins » qui n'ont pas répondu avec attention et sincérité au questionnaire, ou pensent-ils vraiment qu'une guerre atomique ne serait pas une mauvaise idée ? Là encore, on peut penser que des patients ayant une vision négative de leur environnement et d'eux-mêmes, qui sont déprimés ou paranoïaques, aient ce genre de pensée.

Quant à l'échelle de validité « trop bon », seulement un dixième de notre échantillon de patients y est positif (10,6 %) : les patients borderline seraient donc globalement authentiques, si l'on estime que cette échelle explore bien le fait de vouloir donner une trop bonne image de soi.

### ***Comparaison entre patients et témoins***

Ce sont les témoins qui veulent donner une trop bonne image d'eux, significativement plus que les patients... Ainsi, les résultats obtenus au PDQ-4+ chez les témoins - connus de notre équipe et exerçant sur le même lieu de travail que nous - sont à prendre avec prudence...

### **Score total PDQ-4+**

Le score moyen au PDQ-4+ est très élevé dans la population des patients : 47,4 ; ce chiffre est donc bien au-dessus des valeurs-seuils d'un diagnostic de personnalité : supérieur ou égal à 28 (Fossati *et al.*, 1998), ou à 25 (Davison *et al.*, 2001). On peut trouver qu'il s'agit d'un chiffre trop important, qui révélerait là encore une faible spécificité du questionnaire PDQ-4+, mais compte-tenu de l'importance des autres troubles de la personnalité chez le sujet borderline, ce score reste tout à fait plausible.

### **Echelle de signification clinique**

Dans notre étude, l'échelle de signification clinique n'a jamais remis en cause le diagnostic de PBL. Elle a simplement permis de retirer d'autres troubles de personnalité diagnostiqués au PDQ-4+, en particulier la personnalité schizotypique ; le score total au PDQ-4+ était ainsi revu à la baisse, mais de manière non significative. Ces résultats ne s'accordent pas avec ceux retrouvés dans une étude pour laquelle l'échelle de signification clinique revêt beaucoup d'importance (Bouvard & Cosma, 2008) ; cependant, cette étude n'évaluait pas des patients psychiatriques, mais des sujets sains, et rappelons que notre travail n'a pas réalisé cette échelle à tous les patients recrutés. Par ailleurs, une étude a montré que dans le cas de la personnalité borderline, la vérification du diagnostic posé par un questionnaire, au moyen d'un entretien semi-structuré – auquel peut s'assimiler l'échelle de signification clinique – ne le modifiait pas significativement (Hopwood *et al.*, 2008).

## **Comparaison des témoins et des patients positifs pour la PBL au PDQ-4+**

Le nombre moyen d'items de la personnalité borderline par témoin positif au PDQ-4+ est inférieur à celui retrouvé chez les patients positifs au PDQ-4+ (5,75 vs 6,6), de même que le nombre moyen de personnalités comorbides (4,5 vs 5) ; ces chiffres ne sont cependant pas très éloignés. De plus, les personnalités les plus fréquemment comorbides chez ces 4 témoins sont les mêmes que celles que l'on retrouve dans la population des patients positifs au PDQ-4+ (évitante, obsessionnelle-compulsive, dépressive et paranoïaque). On peut ainsi dire que tous les sujets positifs pour la PBL au PDQ-4+, qu'ils soient borderline cliniquement ou non, présentent des similitudes dans les résultats globaux à ce questionnaire, sauf pour le score total moyen au PDQ-4+, qui est plus élevé chez les patients que chez les témoins (49,1 vs 46,8). Ainsi, ces résultats chez les témoins positifs confirment les données retrouvées chez les patients positifs ; ces données seraient donc des caractéristiques de la personnalité borderline : co-occurrence de plusieurs personnalités, en particulier la personnalité dépressive et des personnalités des clusters C et A, et existence de multiples autres traits de personnalités différentes.

## **Qualités métrologiques du PDQ-4+**

### ***Sensibilité du PDQ-4+***

La sensibilité de l'auto-questionnaire PDQ-4+ dans le diagnostic de la personnalité borderline, confronté à une approche clinique, est très bonne, puisqu'elle est de 85,1 %. Ceci confirme encore une fois le fait que les questionnaires de personnalité sont en général très sensibles (Bouvard, 2009).

### ***Spécificité du PDQ-4+***

La spécificité du PDQ-4+ retrouvée dans cette étude est très bonne : égale à 90,7 %. Cependant, nous avons comparé ici des patients à des sujets sains du point de vue psychiatrique, ce qui explique cette valeur importante de la spécificité : une étude intéressante serait de comparer des patients borderline selon la clinique à d'autres patients psychiatriques, mais considérés cliniquement non borderline...

Néanmoins, de nombreuses études montrent que les questionnaires de personnalité ne sont pas assez spécifiques, et qu'il est donc important de vérifier la présence des troubles diagnostiqués par un moyen plus rigoureux, le gold standard pour cela étant les entretiens

semi-structurés : il est ainsi intéressant d'utiliser les questionnaires comme outils de dépistage, puis de confirmer ou d'infirmer les diagnostics dégagés au moyen d'entretiens semi-structurés (Bouvard, 2009 ; Cloutier & Renaud, 2003). Néanmoins, un travail récent va à l'encontre de cette affirmation en ce qui concerne la personnalité borderline : les auto-questionnaires et les entretiens semi-structurés donneraient ici des résultats équivalents (Hopwood *et al.*, 2008).

Concernant le PDQ-4+, l'échelle de signification clinique a été créée afin d'éliminer les faux-positifs, grâce à un moyen qui se veut plus rapide que les entretiens semi-structurés. Dans cette optique, mais aussi pour évaluer s'il existe une différence significative avant et après sa réalisation, nous l'avons utilisée dans notre étude dans plus de la moitié des cas. Il est à noter cependant que la réalisation de cette échelle, comme celle d'ailleurs d'un entretien semi-structuré, implique que le patient peut être influencé par la présence de l'évaluateur, de plusieurs manières différentes (patient intimidé, gêné, voire craintif, en particulier s'il s'agit de la première fois qu'il voit l'évaluateur, voulant donner une bonne image de lui-même, ou tout simplement doutant soudain des réponses qu'il a pu donner auparavant, et voulant donc les corriger mais sans véritable raisonnement...) : on voit donc qu'il y a là moins de spontanéité que par le moyen de l'auto-questionnaire, et plus de probabilité que le patient ne soit pas sincère dans ses réponses... Mais bien-sûr, l'échelle de signification clinique et les entretiens semi-structurés ont l'avantage de vérifier si les critères retrouvés chez le patient répondent bien aux critères généraux des troubles de la personnalité (durée de la manifestation du critère suffisamment longue, conséquence de souffrance dans la vie personnelle et sociale du patient...). En outre, comme nous l'avons évoqué plus haut, ces deux méthodes sont chronophages et peuvent s'avérer répétitives.

Ainsi, les qualités métrologiques retrouvées dans cette étude pour le PDQ-4+ (bonnes sensibilité et spécificité) répondent à l'objectif principal que l'on s'était posé : le PDQ-4+ est bien valide dans le diagnostic de la personnalité borderline.

### **B.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AUX CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : DSM-IV ET CIM-10**

---

#### **DSM-IV**

La sensibilité du DSM-IV pour le diagnostic de la PBL est bonne, mais pas très élevée (78,7 %). Ainsi, nous pouvons dire que les cliniciens sollicités pour cette étude ont bien « joué le jeu », c'est-à-dire qu'ils ont respecté la consigne donnée pour le recrutement des patients, qui devait se faire à partir de leur seule impression clinique. On peut dire aussi que dans l'ensemble, ils ont rempli les critères du DSM-IV avec honnêteté, sans chercher à ce que le diagnostic de PBL soit fait avec cet outil pour confirmer leur impression clinique.

Ainsi, l'impression du clinicien est peut-être basée sur l'existence de certains critères de la PBL contenus dans le DSM-IV, mais pas sur un nombre suffisant de ces critères, ou peut être le clinicien a-t-il utilisé d'autres arguments diagnostiques que les critères du DSM-IV... Dans une étude utilisant la version DSM-III de l'IPDE, la sensibilité de cet outil a été retrouvée égale à 68 %, donc inférieure à notre résultat (Chaine *et al.*, 1999).

Par ailleurs, la hiérarchie retrouvée au DSM-IV complété par le clinicien de certains critères de PBL (impulsivité, instabilité relationnelle, sentiment permanent de vide et épisodes psychotiques transitoires), est similaire à celle proposée dans la littérature (Johansen *et al.*, 2004)

#### ***Comparaison DSM-IV/PDQ-4+***

Bien que le PDQ-4+ soit un questionnaire élaboré à partir du DSM-IV, nous constatons que dans cette étude, la concordance observée entre les deux outils diagnostiques n'est pas très importante : elle est de 76,6 % (coefficient Kappa :  $\kappa = 0,215$ ); le PDQ-4+ est plus sensible que le DSM-IV pour le diagnostic de la personnalité borderline (85,1 % vs 78,7 %). Nous pouvons émettre les hypothèses suivantes : le PDQ-4+ étant un questionnaire, il est peut être peu spécifique, et diagnostiquerait alors des PBL qui ne le sont pas réellement si l'on utilise un moyen diagnostique plus rigoureux (entretien semi-structuré ou tout simplement comme il a été fait dans cette étude, la recherche des critères des classifications internationales par le psychiatre qui suit le patient) ; par ailleurs, le clinicien a pu ne pas explorer tous les critères diagnostiques de la PBL chez son patient, et ainsi ne pas connaître leur existence chez ce dernier...

Cependant, le nombre moyen de critères de PBL par patient est aux environs de 6, que ce soit avec le PDQ-4+ ou avec le DSM-IV (6,2 vs 5,9) : nous pouvons donc dire que le patient et son psychiatre ont dans l'ensemble la même représentation de l'intensité de la pathologie, qui n'est donc dans l'ensemble pas très importante en terme de nombre de critères diagnostiques.

Si l'on compare à présent la fréquence des différents critères selon le PDQ-4+ et selon le DSM-IV, on constate que le critère impulsivité arrive en tête avec les deux types d'outils diagnostiques (chez 45 patients pour le DSM-IV *versus* 46 pour le PDQ-4+) ; « l'abandonnisme » également est retrouvé de manière à peu près équivalente dans les 2 systèmes d'évaluation (chez 33 patients avec le DSM *versus* 37 pour le PDQ). Enfin, le sentiment de vide chronique, les colères répétées et les épisodes psychotiques transitoires arrivent, classés ainsi de manière décroissante, dans les derniers critères par ordre de fréquence dans notre étude que ce soit avec le DSM-IV ou avec le PDQ-4+ ; nous constatons que cette position hiérarchique correspond à celle qui figure dans la version actuelle du DSM.

Les autres critères de la personnalité borderline ne sont pas représentés de la même manière dans le DSM-IV et dans le PDQ-4+. Le critère « relations interpersonnelles instables » est classé 3<sup>ème</sup> avec le DSM-IV alors qu'il n'est que 7<sup>ème</sup> avec le PDQ-4+ : cette différence peut être expliquée, comme il a été déjà dit plus haut, par le fait que l'item du PDQ-4+ explorant ce critère n'est pas suffisamment représentatif, ou alors que les patients ne sont pas suffisamment conscients de la présence de cet aspect de leur personnalité chez eux. Le critère instabilité affective est aussi retrouvé plus fréquemment au DSM-IV qu'avec le PDQ-4+, mais la différence entre les deux outils ici n'est pas aussi importante que pour le critère précédent (il est en 2<sup>ème</sup> position avec le DSM-IV et en 5<sup>ème</sup> position avec le PDQ-4+) : nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'il existe un contingent de patients cliniquement borderline qui ne sont pas conscients de l'existence dans leur personnalité d'une instabilité générale, relationnelle et affective.

L'identité perturbée est en 5<sup>ème</sup> position avec le DSM-IV, alors qu'elle est 2<sup>ème</sup> position avec le PDQ-4+ (30 patients vs 40), et les automutilations sont au 6<sup>ème</sup> rang, alors qu'elles figurent au 3<sup>ème</sup> pour le PDQ-4+ (29 patients vs 38) : pour ces deux derniers critères, il est probable que le clinicien n'ait pas recherché précisément leur existence...

## **CIM-10**

La CIM-10 a une sensibilité médiocre pour le diagnostic de PBL dans cette étude : 53,2 %. Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans une autre étude utilisant la version CIM-10

de l'IPDE (49 %) (Chaine *et al.*, 1999). Ceci peut s'expliquer par le fait que pour cette classification, il est nécessaire pour faire le diagnostic de personnalité borderline qu'au moins trois critères sur les cinq de la personnalité émotionnellement labile *type impulsif* soient présents : l'impulsivité est donc un élément très important dans la CIM-10, et son expression doit être intense pour le diagnostic du sous-type impulsif, mais aussi pour le diagnostic du sous-type borderline ; alors que l'impulsivité ne fait l'objet que de trois critères dans le DSM-IV, elle est concernée dans cinq critères selon la CIM-10 (voir première partie, chapitre I, paragraphe D, et tableau 2). En effet, dans notre étude, le nombre moyen de critères du type impulsif est inférieur au seuil requis (il est de 2,7) ; le nombre moyen de critères du type borderline est lui supérieur au seuil requis (il est de 3,2 pour un seuil à 2 sur 5), mais il n'est pas très élevé non plus, ce qui est comparable aux résultats trouvés avec le PDQ-4+ et le DSM-IV.

Ici aussi, nous pouvons dire que les cliniciens ont rempli les critères CIM-10 sans chercher à ce que le diagnostic de PBL soit fait selon cette classification, ou peut être pouvons-nous aussi faire l'hypothèse que la nécessité des trois critères du type impulsif dans le diagnostic du type borderline ne soit pas une consigne connue. Cependant, nous observons dans cette analyse descriptive que même si les trois critères de l'impulsivité requis ne sont pas présents, le critère le plus fréquemment retrouvé est tout de même un critère d'impulsivité (le premier critère de la liste CIM-10 du type impulsif : tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences, présent chez 72,3 % des patients) : ce résultat est donc similaire à celui retrouvé avec le DSM-IV et le PDQ-4+.

Enfin, la concordance observée entre la CIM-10 et le PDQ-4+ est de 59,6 %.

#### **B.4. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS À L'ANALYSE DES AUTRES DONNÉES APPORTÉES PAR LE CLINICIEN**

---

Parmi les arguments diagnostiques les plus fréquemment cités figure l'impulsivité : ce qui correspond aussi au critère le plus souvent coché au DSM-IV, et à l'item de PBL du PDQ-4+ le plus fréquent dans cette étude. L'instabilité affective a été aussi beaucoup citée, comme dans le DSM-IV. Les gestes auto-agressifs, terme proche des automutilations du DSM, a été également souvent avancé comme argument : ainsi, les premiers arguments avancés par les cliniciens sont des critères du DSM-IV et de la CIM-10. Les cliniciens ont parfois utilisé des termes proches de ceux utilisés dans les classifications internationales, ou des arguments pouvant être englobés dans certains critères de ces classifications (exemple : dépressions récurrentes et instabilité affective ; termes psychanalytiques comme clivage, mode de

relations anaclitique, faux-self). Concernant l'argument de l'instabilité, certains cliniciens ont évoqué, au-delà de l'instabilité affective ou des relations interpersonnelles citées dans le DSM-IV, l'instabilité dans d'autres domaines comme dans la vie professionnelle ou dans les lieux de vie. L'argument des épisodes psychotiques transitoires n'a pas beaucoup été cité, ce qui va dans le sens de la basse position hiérarchique retrouvée pour ce critère dans cette étude, à la fois dans le DSM-IV et dans le PDQ-4+.

D'autres arguments, ne figurant pas dans les classifications internationales, ont été souvent cités : il s'agit de comorbidités psychiatriques souvent associées à la personnalité borderline (exemple : les addictions, les troubles des conduites alimentaires), ou d'éléments biographiques souvent retrouvés dans l'enfance des sujets souffrant de ce trouble de personnalité (ex : maltraitance, négligence émotionnelle, abandon).

Concernant le motif d'hospitalisation, c'est l'alcoolisation aiguë qui a été retrouvée le plus souvent dans cette étude, alors que les motifs d'hospitalisations les plus fréquemment cités dans la littérature sont les tentatives de suicide et les crises dépressives (Féline *et al.*, 2002). Cependant, les troubles addictifs dans la population borderline sont très fréquents, et peuvent atteindre 67 % des cas (TARA APD, 2004) ; de plus, le C.H. Esquirol où a été réalisée cette étude comporte un pôle d'addictologie, où une partie non négligeable de nos patients a été recrutée. Les comorbidités de nos patients sont celles couramment citées dans la littérature, et nous trouvons aussi que près de la moitié des patients de notre échantillon ont bénéficié de nombreux suivis psychiatriques auparavant (résultat proche de celui de Chainé *et al.*, 1999). Enfin, la durée du suivi psychiatrique est très hétérogène dans notre étude (de 5 jours à 15 ans !), mais nous avons constaté que le diagnostic de PBL au PDQ-4+ ne dépendait pas de cette donnée.

## II. PERSPECTIVES D'AVENIR

---

### A. UTILISATION DU PDQ-4+ DANS LE DÉPISTAGE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

---

#### A.1. INTÉRÊT DU PDQ-4+

---

Nous avons trouvé dans cette étude que la sensibilité du PDQ-4+ dans le diagnostic de la personnalité borderline était supérieure à 80 % (85,1 %) : il s'agit donc d'un bon outil de dépistage de ce trouble de la personnalité. Cependant, sa longueur et sa durée de passation pas assez rapide (10 à 15 minutes) font qu'il ne peut constituer un instrument de dépistage conforme, bien que la durée de passation ne soit pas trop longue concrètement. Par ailleurs, les items du PDQ-4+ sont exposés d'une manière claire et concise, facilement compréhensible. Enfin, un avantage majeur du PDQ-4+ est d'explorer les 12 troubles de la personnalité du DSM-IV-TR, certes selon une approche de la personnalité qui n'est que catégorielle, mais dont l'intérêt est d'avoir un aperçu sur les troubles de la personnalité comorbides de la personnalité borderline ; ceci est particulièrement intéressant rappelons-le, dans ce contexte, puisque le trouble de PBL est très souvent accompagné d'autres troubles de la personnalité (Pope *et al.*, 1983). Cependant, pour faire un dépistage efficace de la personnalité borderline, il serait intéressant d'extraire les items spécifiques à ce trouble de personnalité dans le PDQ-4+, et de ne garder que ceux-là pour constituer un véritable outil de dépistage, rapide et sensible.

Néanmoins, compte tenu des résultats obtenus, une amélioration dans l'intitulé de certains critères permettrait probablement d'augmenter encore la sensibilité de ce test de dépistage, mais aussi sa spécificité. En effet, nous avons constaté que l'item 19 (« *J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi* ») n'était pas suffisamment retrouvé chez nos patients, alors que le critère de personnalité correspondant dans le DSM-IV était très souvent coché par les cliniciens ; nous avons émis l'hypothèse que cela pouvait être dû à l'intitulé-même de l'item, qui n'explore pas en totalité le critère « instabilité des relations interpersonnelles », puisque seules les alternances d'un état extrême à un autre sont recherchés, or ceci n'est qu'un aspect du critère. Nous proposons alors de modifier cet item et de le remplacer par l'intitulé suivant : « *Je suis souvent incapable de garder une relation stable avec les gens* ». D'autres items gagneraient à être précisés de manière plus rigoureuse :

items 45 et 98, respectivement « *j'ai essayé de me blesser ou de me tuer* » et « *j'ai fait, de manière impulsive, des choses...* » ; la notion de répétition du phénomène exploré devrait être ajoutée, les items s'écriraient par exemple ainsi : « *j'ai essayé de me blesser ou de me tuer à de multiples reprises* », « *j'ai fait plusieurs fois de manière impulsive...* ». Même si la nécessité de cette répétitivité est précisée dans la consigne en tête du questionnaire, elle n'est pas clairement expliquée, et on peut imaginer qu'elle sera vite oubliée au fur et à mesure de la passation... Quant à l'item 93 (« *quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience* »), on pourrait y apporter aussi plus de précision, par exemple de la manière suivante : « *quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou d'avoir des pensées incohérentes ou bizarres* » : cette modification pourrait peut-être augmenter la fréquence de cet item, car en effet, le terme « *symptômes dissociatifs sévères* » du DSM-IV n'est pas assez bien traduit à notre avis dans l'expression « *perdre conscience* ». Enfin, l'item 6 (« *je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent* ») serait peut-être plus spécifique s'il était exprimé différemment, par exemple de la façon suivante : « *lorsqu'une relation proche prend fin, je suis déçu et me sens abandonné* ».

Ainsi, on pourrait créer un véritable outil de dépistage pour la personnalité borderline : ceci revêt un intérêt certain puisque ce trouble est très fréquent et qu'il peut s'aggraver avec notamment des passages à l'acte suicidaires : une prévention par un dépistage systématique à l'aide d'un tel outil serait donc pertinente ; d'autant plus que si le diagnostic est posé rapidement, un traitement efficace existe pour en améliorer considérablement le pronostic (Linehan, 1993).

Bien que dans notre étude, la spécificité du PDQ-4+ soit très bonne (90,7 %) et que l'échelle de signification clinique n'ait pas remis en question le diagnostic de PBL, il nous semble important de vérifier sa présence à l'aide de l'échelle de signification clinique, ceci afin de bien évaluer si les items positifs sont bien présents de manière constante chez le sujet (en particulier, certains items peuvent être positifs, mais de manière fluctuante, par exemple dans le cadre d'un trouble bipolaire...). Par ailleurs, nous rappelons que la spécificité du PDQ-4+ a été étudiée en comparant patients cliniquement borderline et témoins sains, ce qui peut engendrer un résultat trop bon en terme de spécificité : il serait intéressant de comparer deux populations de patients, des « *borderline cliniques* » *versus* des « *non-borderline cliniques* »...

## **A.2. AUTRES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA PBL**

---

Il n'existe pas aujourd'hui à notre connaissance d'outil de dépistage de la personnalité borderline en langue française. En langue anglaise, nous avons retrouvé essentiellement 2 questionnaires de dépistage, le plus important étant le BPQ : « Borderline Personality Questionnaire » (Poreh *et al.*, 2006) ; composé de 18 items et inspiré du DSM-IV, il posséderait une bonne consistance interne. L'autre questionnaire est le MSI-BPD : "McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (Zanarini *et al.*, 2003) ; ce dernier est également inspiré du DSM-IV, il possède 10 items et aurait une bonne sensibilité et une bonne spécificité ; ses versions finlandaise et allemande ont été validées (2009 et 2010).

## **B. NOUVELLE APPROCHE DIAGNOSTIQUE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE**

---

Nous nous sommes basés dans notre étude sur une approche catégorielle de la personnalité ; cependant, comme évoqué à la première partie (chapitre II, paragraphe B), le modèle dimensionnel prend aujourd'hui de plus en plus d'importance. Ainsi, il nous a semblé indispensable de terminer ce travail en citant la nouvelle approche prévue dans le DSM-V pour la personnalité borderline, approche basée, comme pour le reste des troubles de la personnalité, sur un modèle mixte, à la fois catégoriel et dimensionnel. La personnalité borderline se définit donc ainsi selon la version préliminaire du DSM-V :

- Tout d'abord, il s'agit de faire une évaluation dimensionnelle générale, et donc de coter sur une échelle de 1 à 5 la correspondance que la symptomatologie du patient présente avec celle décrite ci-dessous (1 = correspondance nulle, et 5 = très bonne correspondance).
- Dix critères, classés dans des dimensions, sont retenus pour le diagnostic de la PBL :
  1. Labilité émotionnelle (qui comprend expériences émotionnelles instables, variations de l'humeur et émotions intenses et/ou disproportionnées, seuil d'excitabilité abaissé). - Classée dans « affects négatifs ».
  2. Automutilations : idées ou actes d'automutilation. - Classées dans « affects négatifs ».
  3. Insécurité à la séparation. - Classée dans « affects négatifs ».
  4. Anxiété. - Classée dans « affects négatifs ».

5. Faible estime de soi. - Classée dans « affects négatifs ».
6. Dépressivité. - Classée dans « affects négatifs ».
7. Hostilité : irritabilité et « tempérament chaud ». Classée dans « antagonisme ».
8. Agressivité. Classée dans « antagonisme ».
9. Impulsivité. Classée dans « désinhibition »
10. Etre sujet à la dissociation. Classé dans « schizotypie ».

Ces 10 critères doivent eux-mêmes être cotés de 0 à 3 (0 = critère très peu ou pas descriptif du patient considéré ; 3 = critère fortement descriptif).

Ainsi, cette nouvelle conception de la personnalité borderline donne beaucoup d'importance au modèle dimensionnel, en insistant sur l'importance de coter l'intensité des symptômes pour faire le diagnostic. Par ailleurs nous constatons que la hiérarchie des critères a été modifiée, mais cela correspond en fait à leur regroupement dans des dimensions ; l'intitulé de certains critères a d'ailleurs été changé, avec un apport de plus de précision. Le critère « identité perturbée » du DSM-IV a été retiré, peut être car pas assez descriptif et pouvant englober plusieurs aspects cités dans d'autres critères. Le « sentiment permanent de vide », pas assez spécifique ni assez précis, a été retiré également. En revanche, cette nouvelle version du DSM insiste sur la vision négative du monde de la personnalité borderline, et y consacre 2 critères (« faible estime de soi » et « dépressivité ») : ceci est en accord avec l'importance de ce côté dépressif que nous avons beaucoup retrouvé dans notre étude (fréquence de la co-morbidité de la personnalité dépressive...).

## CONCLUSION

---

Ce travail a permis de répondre à l'objectif principal que l'on s'était posé : l'approche catégorielle de la personnalité par le PDQ-4+ est valide pour le diagnostic de la personnalité borderline. Cet auto-questionnaire possède de bonnes qualités métrologiques, et présente l'avantage de fournir des informations sur la conscience qu'a le patient de sa pathologie, mais aussi, il permet de dépister d'éventuelles personnalités comorbides, fréquentes chez le patient borderline.

Ainsi, le sujet borderline semble avoir une bonne conscience de ses troubles dans l'ensemble. Les principales personnalités comorbides retrouvées dans cette étude sont les personnalités dépressive, évitante et paranoïaque, les notions de dépressivité, de faible estime de soi, et de crainte d'autrui, revêtant ici une importance particulière. Loin du cliché de la personnalité borderline flamboyante, narcissique et manipulatrice, notre étude révèle à l'opposé une image des sujets borderline se trouvant plus dans une position dépressive franche que dans une position défensive. Par ailleurs, nous avons trouvé, comme d'autres auteurs, que la hiérarchie actuelle des critères DSM-IV de la personnalité borderline devait être revue : certains critères, étant plus fréquents que d'autres, devraient être listés en premier : l'impulsivité, l'instabilité relationnelle et la perturbation de l'identité.

D'autre part, notre étude montre que le PDQ-4+, bien que créé à partir du DSM-IV, n'avait pas une concordance très importante avec ce dernier : le PDQ-4+ est plus sensible, ceci pouvant s'expliquer par le fait que les cliniciens n'aient pas recherché l'existence de tous les critères énumérés dans le DSM-IV chez leurs patients. La CIM-10 est la modalité diagnostique la moins inclusive, ce système de classifications accordant peut-être plus d'importance qu'il n'en est à l'aspect impulsivité dans le trouble borderline, bien que ce critère semble être le plus fréquent.

Enfin, tous les arguments apportés par les psychiatres pour le diagnostic de la PBL ne correspondent pas aux critères des classifications internationales : certaines notions psychanalytiques sont encore en vigueur, et d'autres données que des symptômes sont utilisées pour le diagnostic, comme des éléments biographiques ou des co-morbidités.

Les résultats apportés par ce travail doivent cependant être considérés avec prudence, un certain nombre de limites ayant été rencontré, en particulier la petite taille de l'échantillon, et

le fait que le PDQ-4+ n'ait été validé que pour la PBL, et non pour tous les autres troubles de la personnalité qu'il explore.

Néanmoins, il ressort de cette étude qu'il serait intéressant de créer, à partir du PDQ-4+, un instrument de dépistage de la personnalité borderline validé en langue française, lorsque l'on sait l'importance que revêt ce trouble en terme de fréquence, de morbidité et de mortalité. L'utilisation systématique d'un tel instrument parmi les patients psychiatriques, en particulier les patients chroniques, serait pertinente, car elle permettrait une approche plus précise, plus globale du patient, les diagnostics sur l'axe II restant peu recherchés par les psychiatres.

L'ensemble du corps professionnel soignant, et en particulier des professionnels du psychisme, devraient être sensibilisés à l'importance du trouble de personnalité borderline, et une formation sur les approches thérapeutiques les plus efficaces serait nécessaire. L'heure n'est plus à s'interroger sur la validité de l'existence-même de ce trouble : la personnalité borderline n'est pas un diagnostic « fourre-tout », plusieurs études sérieuses ayant prouvé la bonne consistance interne de sa définition selon le DSM-IV.

Le devenir de nos patients borderline en dépend !...

---

# ***ANNEXES***

---

# CRITÈRES DSM-IV DU DIAGNOSTIC DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

*Cochez les cases correspondantes aux critères présents chez votre patient*

- 1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).
- 2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- 3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- 4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.
- 5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- 6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- 7. Sentiments permanents de vide.
- 8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

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

# CRITÈRES CIM-10 DU DIAGNOSTIC DE PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE

*Cocher les cases correspondantes aux critères présents chez votre patient*

## TYPE IMPULSIF

- 1. Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.
- 2. Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.
- 3. Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.
- 4. Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.
- 5. Humeur instable et capricieuse.

## TYPE BORDERLINE

- 1. Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).
- 2. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.
- 3. Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.
- 4. Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.

5. Sentiments permanents de vide.









*Depuis plusieurs années ...*

96 Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).

97 Je me sens souvent coupable.

98 J'ai fait, de manière impulsive, des choses (*comme celles indiquées ci-dessous*) qui pourraient me créer des problèmes.

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.
- b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.
- c. Boire trop.
- d. Prendre des drogues.
- e. Manger de façon boulimique.
- f. Conduire imprudemment.

VRAI	FAUX

- 
- 
- 
- 
- 
- 

*Depuis plusieurs années ...*

99 Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15 ans), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines des choses ci-dessous.

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

- a. J'étais considéré(e) comme une brute.
- b. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants.
- c. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres.
- d. J'ai volé ou agressé des gens.
- e. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens.
- f. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux.
- g. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi.
- h. J'ai beaucoup menti.
- i. J'ai découché sans la permission de mes parents.
- j. J'ai dérobé des choses aux autres.
- k. J'ai allumé des incendies.
- l. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui.
- m. Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit.
- n. J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans.
- o. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.

VRAI	FAUX

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## FEUILLE DE CORRECTION DU PDQ-4+

Personnalité paranoïaque (utile 4)	Personnalité histrionique (utile 5)	Personnalité antisociale (utile B + 3) et B = 99 (utile 3)	Personnalité obsessionnelle compulsive (utile 4)	Personnalité négativiste (passive-agressive) (utile 4)
11. _____	4. _____	8. _____	3. _____	7. _____
24. _____	17. _____	20. _____	16. _____	21. _____
37. _____	30. _____	33. _____	29. _____	35. _____
_____ 50. _____	_____ 43. _____	_____ 46. _____	_____ 41. _____	_____ 49. _____
62. _____	55. _____	59. _____	54. _____	63. _____
85. _____	67. _____	75. _____	66. _____	77. _____
96. _____	80. _____	94. _____	81. _____	91. _____
	90. _____	B=99 _____	89. _____	

Personnalité schizoïde (utile 4)	Personnalité narcissique (utile 5)	Personnalité évitante (utile 4)	Trop bon (utile 2)	Personnalité dépressive (utile 5)
9. _____	5. _____	1. _____	*12. _____	14. _____
22. _____	18. _____	13. _____	*25. _____	28. _____
34. _____	31. _____	26. _____	*38. _____	42. _____
_____ 47. _____	_____ 44. _____	_____ 39. _____	_____ 51. _____	_____ 56. _____
_____ +60. _____	_____ 57. _____	_____ 52. _____		_____ 70. _____
71. _____	68. _____	83. _____	*faux est la réponse pathologique	84. _____
95. _____	73. _____	87. _____		97. _____
	79. _____			
	92. _____			

Personnalité schizotypique (utile 5)	Personnalité borderline (utile 5)	Personnalité dépendante (utile 5)	Questionnaire suspect (utile 1)	Total PDQ-4+
10. _____	6. _____	2. _____	64. _____	SCORE : _____  <i>(+ 60 : si positif, ne le compter qu'une fois)</i>
23. _____	19. _____	15. _____	_____ 76. _____	
36. _____	32. _____	27. _____		
_____ 48. _____	_____ 98. _____	_____ 40. _____		
61. _____	(utile2)	53. _____		
72. _____	45. _____	65. _____		
74. _____	58. _____	82. _____		
_____ +60. _____	69. _____	88. _____		
86. _____	78. _____			
	93. _____			

## ÉCHELLE DE SIGNIFICATION CLINIQUE

Le (la) clinicien(ne) doit évaluer la signification clinique de tout trouble pour lequel le (la) patient(e) présente des critères.

« Vous avez indiqué que les items suivants étaient vrais pour vous »<sup>2</sup> (*lire les items pathologiques d'un seul type de trouble à la fois*) :

- A. Est-ce qu'en fait l'un ou l'autre de ces items n'est pas réellement vrai pour vous ?  
Si oui, indiquez-moi le(s)quel(s). (annuler tout item que le (la) patient(e) déclare maintenant pas réellement vrai pour lui (elle) <sup>(\*)</sup>).
- B. Depuis combien de temps ces items font-ils partie de votre personnalité ?  
moins d'un an,  
d'un à cinq ans,  
la plus grande partie de votre vie, ou dès avant l'âge de 18 ans <sup>(\*)</sup>.
- C. Ces items ne font-ils partie de votre personnalité que lorsque vous êtes déprimé(e), anxieux(se), malade physiquement ou lorsque vous consommez de l'alcool ou de la drogue ? Ou sont-ils présents la plupart du temps, sans relation avec votre humeur, votre niveau d'anxiété, votre consommation d'alcool ou de drogue, ou votre état général de santé ?  
seulement lors de dépression,  
seulement lors d'anxiété,  
seulement lors de consommation d'alcool ou de drogue,  
seulement lors de maladie physique,  
sans relation avec les points ci-dessus <sup>(\*)</sup>.
- D. Dans quel(s) domaine(s) ces items vous créent-ils des difficultés ?  
à la maison,  
au travail,  
dans vos relations,  
autres (spécifier).

(*Une altération dans au moins un domaine est nécessaire pour valider D <sup>(\*)</sup>*).

Ou :

- E. Tout ce que nous venons de voir vous inquiète-t-il beaucoup pour vous-même ?  
oui <sup>(\*)</sup>,  
non.

- <sup>(\*)</sup> Pour être cliniquement significatif, le trouble de personnalité doit :
- atteindre encore le seuil pathologique après que le (la) patient(e) a eu l'occasion d'indiquer si certains items n'étaient en fait pas réellement vrais pour lui (elle) (A) ;
  - le trouble doit être de longue durée (B) ;
  - le trouble ne doit pas être limité aux moments où le (la) patient(e) est déprimé(e), anxieux(se), sous l'effet de l'alcool ou de drogues, ou physiquement malade (C) ;
  - le trouble doit avoir conduit à une altération fonctionnelle (D) ou à un état de détresse (E).

---

2. à répéter pour chaque trouble positif au PDQ-4 +

---

# ***BIBLIOGRAPHIE***

---

ALLILAIRE JF. Les états-limites. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-395-A-10, 1985.

ANDION O, FERRER VINARDELL M, MATALI JL, ALVAREZ-CIENFUEGOS L, VALERO S, NAVARRO JA, BRUGUERA E, CASAS M. Borderline personality disorder diagnosis: concordance between clinical and semi-structured interview evaluation. *Actas Esp Psiquiatr* 2008 Mai-Juin, 36(3):144-50.

AKISKAL HS. Subaffective disorders : dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981, 4 : 25-46.

APA : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ème édition (DSM-IV), Washington DC, Paris : Masson, 1994, 700 p.

APA : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ème édition, texte révisé (DSM-IV-TR), Washington DC, Paris : Masson, 2000, 700 p.

BANDELOW B, KRAUSE J, WEDEKIND D, BROOCKS A, HAJAK G, RUTHER E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res* 2005, 134 : 169-179.

BERGERET J. Les états limites. *Rev Fr Psychanal* 1970, 34 : 601-633.

BERGERET J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1974.

BERGERET J. *La dépression et les états limites*. Paris : Payot, 1992.

BLAIS MA, HILSENROTH MJ, FOWLER JC. Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV borderline personality disorder criteria. *J Nerv Ment Dis* 1999, 187 : 167-173.

BOHUS M, LIMBERGER MF, FRANK U, CHAPMAN AL, KÜHLER T, STIEGLITZ RD. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology* 2007, 40(2):126-132.

BOHUS M, KLEINDIENST N, LIMBERGER MF, STIEGLITZ RD, DOMSALLA M, CHAPMAN AL, STEIL R, PHILIPSEN A, WOLF M. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology* 2009, 42(1):32-39.

BOUVARD M. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. 3<sup>ème</sup> édition, 2002, Masson, Paris.

BOUVARD M, COSMA P. Étude exploratoire d'un questionnaire sur les troubles de la personnalité. *L'Encéphale* Oct 2008, 34(5):517-525.

BROWN GK, BECK AT, GRISHAM JR, BUTLER AC. Dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. Unpublished manuscript, Philadelphia, P.A. : university of Pennsylvania, 2000.

BURGMER M, FREYBERGER HJ. The operational diagnostic approach of the borderline personality disorder. An interview of psychiatrists and psychologists according to their concept of the syndrome. *Nervenarzt* 1999 Mar, 70(3):250-255.

BURLA F., FERRACUTI S, LAZZARI R. Borderline personality disorder : content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschiachiana*, 22, Seattle, Hogrefe and Huber 1997 : 149-162.

BUTCHER JN, DAHLSTROM WE, GRAHAM JR et al. MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Manual for administration and scoring. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989.

BUTLER AC., BROWN GK, BECK AT *et al.* Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2002, 40 : 1231-1240.

CARLSON EA, EGELAND B, SROUFE LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol* 2009 Fall, 21(4):1311-1334.

CHABERT C, BRUSSET B, BRELET-FOULARD F. *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod, 1999.

CHABROL H, DUCONGE E, ROURA C, CASAS C. Relations entre les symptomatologies anxieuse, dépressive et limite et la consommation et la dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *L'Encéphale* Avril 2004, 30(2):141-146.

CHAINED F. Critériologie des états limites [thèse], Université Paris VI, 1996 : 1-191.

CHAINED F, GUELFJ JD, MONIER C, BRUN A, SEUNLEVEL F. Diagnostic clinique et évaluation standardisée de la personnalité borderline. *Encéphale* 1995, 21 : 247-256.

CHAINED F, GUELFJ JD. Etats limites. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 37-395-A. 1999, Elsevier, Paris.

CHAINED F, GUELFJ JD, LANCRENON S. Personnalité borderline : confrontation entre diagnostic clinique et diagnostic standardisé. *Annales médico-psychologiques* 1999, 157(5):332-339.

CHATHAM P.M. *Treatment of the borderline personality*. 1985, New York : Jason Aronson. Copyright 1985.

CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993 : 50, 975-990.

CLOUTIER J, RENAUD S. L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques. *Revue québécoise de psychologie* 2003, 24(2):119-137.

COSTA PT, McCRAE RR. *The NEO Personality Inventory Manual Revised*. Odessa, Fla. Psychological Assessment Resources, 1990.

CRITCHFIELD KL, CLARKIN JF, LEVY KN, KERNBERG OF. Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol* 2008 Jun, 47(2):185-200.

CUMYN L, FRENCH L, HECHTMAN L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2009 Oct, 54(10):673-683.

DAHL AA. Controversies in diagnosis, classification and treatment of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2008 Jan, 21(1):78-83. Review.

DANA RH. A report on myself: the science and/or art of assessment. *J Pers Assess* 2004 Jun, 82(3):245-56.

DAVISON S, LEESE M, TAYLOR PJ. Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4 + (PDQ-4+) in a prison population. *J. Pers. Dis.* 2001, 15 : 180-194.

DELAY J, PICHOT P. *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*. Masson 1962.

DELL'OSSO B, BERLIN HA, SERATI M, ALTAMURA AC. Neuropsychobiological Aspects, Comorbidity Patterns and Dimensional Models in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology* 2010 Mar, 61(4):169-179.

DEUTSCH H. *Les Personnalités as if. Les « comme si » et autres textes inédits (1933-1970)*. Ed Seuil, 2007.

DISTEL MA, TRULL TJ, DEROM CA, THIERY EW, GRIMMER MA, MARTIN NG, WILLEMSSEN G, BOOMSMA DI. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med* 2008 Sep, 38(9):1219-29.

DISTEL MA, HOTTENGA JJ, TRULL TJ, BOOMSMA DI. Chromosome 9 : linkage for borderline personality disorder features. *Psychiatr Genet* 2008 Dec, 18(6):302-7.

DISTEL MA, TRULL TJ, WILLEMSSEN G, VINK JM, DEROM CA, LYNSKEY M, MARTIN NG, BOOMSMA DI. The five-factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biol Psychiatry* 2009 Dec, 66(12):1131-8.

DRAPEAU M, PERRY JC. The Core Conflictual Relationship Themes (CCRT) in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2009 Aug, 23(4):425-31.

DRIESSEN M, BEBLO T, REDDEMANN L, RAU H, LANGE W, SILVA A, BERA RC, WULFF H, RATZKA S. Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? - The state of research. *Nervenarzt* 2002 Sep, 73(9):820-9.

DUIJSENS IJ, EURELINGS-BONTEKOE EHM, DIEKSTRA RF *et al.* Questionnaire to measure Personality Characteristics. [ Dutch: Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP)]. 1993, Lisse : Swets en Zeitlinger.

DUIJSENS IJ, BRUINSMA M, JANSEN SJT, EURELINGS-BONTEKOE EHM, DIEKSTRA RFW. Agreement between self-report and semi-structured interviewing in the assessment of personality disorders. Original Research Article. *Personality and Individual Differences* August 1996, 21(2):261-270.

EDELL WS. The Borderline Syndrome Index. Clinical validity and utility. *J Nerv Ment Dis* 1984 May, 172(5):254-63.

EYSENCK HJ, EYSENCK SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*, London, Hodder & Stoughton, 1975.

FELINE A, GUELFY JD, HARDY P. *Les troubles de la personnalité*. Médecine – sciences Flammarion, 2002.

FICHEUX P. Diagnostic et évaluation des états-limites. *Neuropsych* 1993, 8 : 133-142.

FIRST MB, GIBBON M, SPITZER L *et al.* User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders. Washington : American Psychiatry Press, 1997.

FONAGY P, TARGET M, GERGELY G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000, 23 : 103-122.

FOSSATI A, MAFFEI C, BAGNATO M, DONATI D, DONINI M, FIORILLI M, NOVELLA L, ANSOLDI M. Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Pers Disord* 1998 Summer, 12(2):172-8.

FOSSATI A, MAFFEI C, BAGNATO M, DONATI D, NAMIA C, NOVELLA L. Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Compr Psychiatry* 1999, 40:72-79.

GALLACHER JE. Methods of assessing personality for epidemiological study. *J Epidemiol Community Health* 1992 Oct, 46(5):465-9. Review.

GLENN CR, WEINBERG A, KLONSKY ED. Relationship of the Borderline Symptom List to DSM-IV borderline personality disorder criteria assessed by semi-structured interview. *Psychopathology* 2009, 42(6):394-8.

GOMA-I-FREIXANET M, SOLER J, VALERO S, PASCUAL JC, SOLA VP. Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *J Pers Disord* 2008 Apr, 22(2):178-90.

GRANT BF, CHOU SP, GOLDSTEIN RB, HUANG B, STINSON FS, SAHATD, SMITH SM, DAWSON DA, PULAY AJ, PICKERING RP, RUAN WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008 Apr, 69(4):533-45.

GRINKER RR, WERBLE B, DRYE R. *The borderline syndrome*, New-York, Basic Books, 1968.

GRINKER RR, WERBLE B, *The borderline patient*, New-York, Jason Aronson, 1977.

GUELFY JD, Manuel de psychiatrie, Masson, 2007.

GUNDERSON JG. Borderline Personality Disorder, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1984.

GUNDERSON JG, Borderline personality disorder : a clinical guide. American Psychiatric Press, Washington DC, 2001.

GUNDERSON JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry 2009 May, 166(5):530-9.

GUNDERSON JG, KOLB JE, AUSTIN V. The diagnostic interview for borderline patients. Am J Psychiatry 1981, 138 : 896-903.

GUNDERSON JG, ELLIOTT GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. Am J Psychiatry 1985 Mar, 142(3):277-88. Review.

GUNDERSON JG, ZANARINI MC. Pathogenesis of borderline personality disorder. In American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Washington DC, 1989, 8 : 25-48.

GUNDERSON JG, SABO AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. Am J Psychiatry 1993 Jan, 150(1):19-27. Review.

GUNDERSON JG, ZANARINI MC, KISIEL CL. Borderline personality disorder. In DSM-IV Sourcebook Vol 2, Washington, American Psychiatric Association, 1996 : 717-731.

GUNDERSON JG, Morey L, STOUT M. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. J Clin Psychiatry 2004, 65(7):1049-1056.

GUNDERSON JG, WEINBERG I, DAVERSA MT, KUEPPENBENDER KD, ZANARINI MC, SHEA MT, SKODOL AE, SANISLOW CA, YEN S, MOREY LC, GRILO CM, MCGLASHAN TH, STOUT RL, DYCK I. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006 Jul, 163(7):1173-8.

WOODWARD HE, TAFT CT, GORDON RA, MEIS LA. Clinician Bias in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Dec 2009, 1:(4) 282-290.

HATHAWAY SR, MCKINLEY JC. Manuel de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota 2. 1996, Paris, ECPA.

HENRY C. Troubles bipolaires et personnalités borderline chez l'adulte. *L'Encéphale* Dec 2007, 33(3):110-113.

HERMAN J, PERRY C, VAN DERKOLK B. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989, 146 : 190-495.

HILLER W, ZAUDIG M, MOMBOUR W. International Diagnostic Check-lists for ICD-10 and DSM-IV, Bern, Hans Huber, 1995.

HOPWOOD CJ, MOREY LC, GUNDERSON JG, SKODOL AE, TRACIE SHEA M, GRILO CM, MCGLASHAN TH. Hierarchical relationships between borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2006 May, 113(5):430-9.

HOPWOOD CJ, MOREY LC, EDELEN MO, SHEA MT, GRILO CM, SANISLOW CA, MCGLASHAN TH, DAVERSA MT, GUNDERSON JG, ZANARINI MC, MARKOWITZ JC, SKODOL AE. A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychol Assess* 2008 Mar, 20(1):81-5.

HOPWOOD CJ, NEWMAN DA, DONNELLAN MB, MARKOWITZ JC, GRILO CM, SANISLOW CA, ANSELL EB, MCGLASHAN TH, SKODOL AE, SHEA MT, GUNDERSON JG, ZANARINI MC, MOREY LC. The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2009 Nov, 118(4):806-15.

HUPRICH SK, BORNSTEIN RF. Dimensional versus categorical personality disorder diagnosis: implications from and for psychological assessment. *J Pers Assess* 2007 Aug, 89(1):1-2.

HURT SW, HYLER SE, FRANCES A, CLARKIN JF, BRENT R. Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *Am J Psychiatry* 1984 Oct, 141(10):1228-31.

HYLER SE, Personality Questionnaire (PDQ-4+). New York State Psychiatric Institute. New York, 1994.

HYLER SE, RIEDER RO, WILLIAMS JB *et al.* The Personality Diagnostic Questionnaire : development and preliminary results. *J Pers Dis* 1988, 2 : 229-237.

HYLER SE, RIEDER RO, WILLIAMS JB, SPITZER RL, LYONS M, HENDLER J. A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Compr Psychiatry* 1989 Mar-Apr, 30(2):170-8.

HYLER SE, SKODOL AE, KELLMAN HD, OLDHAM JM, ROSNICK L. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised: comparison with two structured interviews. *Am J Psychiatry* 1990 Aug, 147(8):1043-8.

JANCA A., USTUN TB., VAN DRIMMELEN J *et al.* Symptom Check-lists for ICD-10 Mental Disorders, Geneva, World Health Organization, 1996.

M. JOHANSEN, S. KARTERUD, G. PEDERSEN, T. GUDE, E. FALKUM. An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 april, 109(4):289-298.

JORDANOVA V, ROSSIN P. Borderline personality disorder often goes undetected. *Practitioner* 2010 May, 254(1729):23-6, 2-3.

KARAKLIC D, BUNGENER C. Evolution du trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature. *L'Encéphale* 2010, doi : 10.1016/j.encep.2009.12.009.

KEDIA M, JM PETOT. Personnalité normale et pathologique des patients souffrant d'ESPT. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* Déc 2007, 17(1) page 31.

KERNBERG O. *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.

KERNBERG O. *Les troubles limites de la personnalité*, Ed.: Dunod, 1997, Coll.: Psychismes

KERNBERG OF, GOLDSTEIN EG, CARR AC, HUNT HF, BAUER SF, BLUMENTHAL R. Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis* 1981 Apr, 169(4):225-231.

KING-CASAS B, SHARP C, LOMAX-BREAM L, LOHRENZ T, FONAGY P, MONTAGUE PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science* 2008 Aug, 321(5890):806-10.

KOHUT H. *Le Soi. La psychanalyse des transferts narcissiques.* (trad par MA Lussier), Paris, PUF, 1974.

KORZEKWA MI, DELL PF, LINKS PS, THABANE L, WEBB SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry* 2008 Jul-Aug, 49(4):380-6.

LEICHSENRING F. Development and first results of the borderline personality inventory : a self-report instrument for assessing borderline personality organisation. *Journal of Personality Assessment* 1999, 79(1):45-63.

LINEHAN MM : *Cognitive –behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, 1993 by The Guilford Press, New York by arrangement with Mark Paterson, England

LORANGER AW, SARTORIUS N, ANDREOLI A et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organisation/alcohol, drug abuse and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51 : 215-224.

MARLOWE MJ, O'NEILL-BYRNE K, LOWE-PONSFORD F, WATSON JP. The Borderline Syndrome Index: a validation study using the personality assessment schedule. *Br J Psychiatry* 1996 Jan, 168(1):72-5.

MCGLASHAN TH. The Chestnut Lodge follow-up study, VI : long term follow-up perspectives. *Arch Gen Psychiatry* 1986, 43 : 329-334.

MCGLASHAN TH, GRILO CM, SANISLOW CA *et al.* Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005, 162 : 883-889.

MELARTIN T, HAKKINEN M, KOIVISTO M, SUOMINEN K, ISOMETSA E. Screening of psychiatric outpatients for borderline personality disorder with the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Nord J Psychiatry* 2009 Jun, 22:1-5.

MEYERSON D. Is Borderline Personality Disorder Under Diagnosed? Conférence APA, San Francisco, 2009.

MILLON T. On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder : a social learning thesis. Journal of Personality Disorders 1987, 1 : 354-372.

MINZENBERG MJ, FAN J, NEW AS, TANG CY, SIEVER LJ. Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. J Psychiatr Res 2008 Jul, 42(9):727-33.

MOREY LC, SHEA MT, MARKOWITZ JC, STOUT RL, HOPWOOD CJ, GUNDERSON JG, GRILO CM, MCGLASHAN TH, YEN S, SANISLOW CA, SKODOL AE. State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. Am J Psychiatry 2010 Feb 167(5):528-35.

MORGENSTERN J, LANGENBUCHER J, LABOUVIE E, MILLER KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. J Abnorm Psychol 1997 Feb, 106(1):74-84.

NAMI : National Alliance on Mental Illness, [www.nami.org](http://www.nami.org).

NESTADT G, DI C, SAMUELS JF, BIENVENU OJ, RETI IM, COSTA P, EATON WW, BANDEEN-ROCHE K. The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years. J Psychiatr Res 2010 Jan, 44(1):1-7.

NICASTRO R, ZANELLO A, MERLO MCG, MCQUILLAN A. Caractéristiques psychométriques du questionnaire de fonctionnement social chez des patients borderline. L'Encéphale Oct 2009, 35(5):436-442.

NIOCHE A, PHAM TH, DUCRO C, DE BEAUREPAIRE C, CHUDZIK L, COURTOIS R, RÉVEILLÈRE C. Psychopathie et troubles de la personnalité associés : recherche d'un effet particulier au trouble borderline ? L'Encéphale Juin 2010, 36(3):253-259.

NUNES PM, WENZEL A, BORGES KT, PORTO CR, CAMINHA RM, DE OLIVEIRA IR. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Pers Disord* 2009 Aug, 23(4):333-45. Review.

OGUNTOYE A, BURSZTAJN HJ. Commentary: inadequacy of the categorical approach of the DSM for diagnosing female inmates with borderline personality disorder and/or PTSD. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009, 37(3):306-9.

OLDHAM JM, SKODOL AE, KELLMAN HD, HYLER SE, ROSNICK L, DAVIES M. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992 Feb, 149(2):213-20.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic. Paris : Masson, 1993, 305p.

OUMAYA M, FRIEDMAN S, PHAM A, ABOU ABDALLAH T, GUELFY JD, ROUILLON F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale* Oct 2008, 34(5):452-458.

PARIS J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2002 Jun, 53(6):738-42.

PARIS J, ZWEIG-FRANK H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001, 42 : 482–548.

PERRY JC, KLERMAN GL. Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1980, 137 : 165-173.

PFOHL B, STANGL D, ZIMMERMAN M. The structured interview for DSM-III personality disorders (SIDP). University of Iowa, Iowa city, 1982.

PFOHL B, BLUM M, ZIMMERMAN M, The structured interview for DSM-IV personality disorders (SIDP-IV). University of Iowa, Iowa city, 1995.

PHAM A, GUELFY JD, Evaluation de la personnalité et diagnostic de trouble de la personnalité. Neuropsy 1998, 13(1):14-23.

POPE HG, JONAS JM, HUDSON J. The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment response and long-term follow-up study. Arch Gen Psychiatry 1983, 40 : 23-30.

POREH AM, RAWLINGS D, CLARIDGE G, FREEMAN JL, FAULKNER C, SHELTON C. The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. J Pers Disord 2006 Jun 20(3):247-60.

RASSIAL JJ, Le sujet en état limite, Editions Denoël, 1999.

RENAUD A. Depression in borderline personality. Sante Ment Que 2007 Spring, 32(1):93-113. Review.

ROSSI A, MARINANGELI MG, BUTTI G, SCINTO A. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. J Affect Disord 2001, 65(1):3-8.

RUGGERO CJ, ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I, YOUNG D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. Journal of Psychiatric Research 2010, 44(6), 405-408.

SANISLOW CA, GRILO CM, MOREY LC, BENDER DS, SKODOL AE, GUNDERSON JG, SHEA MT, STOUT RL, ZANARINI MC, MCGLASHAN TH. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. Am J Psychiatry. 2002 Feb, 159(2):284-90.

SANISLOW CA, LITTLE TD, ANSELL EB, GRILO CM, DAVERSA M, MARKOWITZ JC, PINTO A, SHEA MT, YEN S, SKODOL AE, MOREY LC, GUNDERSON JG, ZANARINI MC, MCGLASHAN TH. Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Abnorm Psychol* 2009 Aug, 118(3):507-19.

SCHINKA JA, GREENE RL. Special series : advances in statistical methods for personality assessment research. *J Pers Assess* 1997 Jun, 68(3):485-6.

SHEA MT, STOUT RL, GUNDERSON JG. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry* 2002, 159 : 2036-2041.

SIEVER LJ, DAVIS KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991, 148 : 1647-1658.

SILBERSWEIG D, CLARKIN JF, GOLDSTEIN M, KERNBERG OF, TUESCHER O, LEVY KN, BRENDEN G, PAN H, BEUTEL M, PAVONY MT, EPSTEIN J, LENZENWEGER MF, THOMAS KM, POSNER MI, STERN E. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007 Dec, 164(12):1832-41.

SKODOL AE, OLDHAM JM. Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991 Oct, 42(10):1021-8.

SNYDER S, PITTS WM. Comparison of self-rated and observer-rated scales in DSM-III borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1986 Nov, 31(8):708-13.

SOLOFF PH, MILWARD JW. Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983. 40 : 37-44.

STANLEY B, SIEVER LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010 Jan, 167(1):24-39.

STERN A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*. 1938, vol. 7.

STONE M.H. Constitution and temperament in borderline conditions: Biological and genetic explanatory formulations. J.S. Grotstein, M.F. Solomon et J.A. Lang editions, 1987.

STONE MH. The course of borderline personality disorder. *Rev Psychiatry* 1989, 8 : 103-122.

STONE MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1993, 162 : 299-313.

STONE MH, KAHN E, FLYE B. Psychiatrically ill relatives of borderline patients: a family study. *Psychiatr Q* 1981 Summer, 53(2):71-84.

SWARTZ M, BLAZER D, GEORGE L, WINFIELD I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord* 1990, 4:257-272.

SZTULMAN H. Vers le concept de personnalités limites addictives. *Annales médico-psychologiques* Avril 2001, 159(3):201-207.

TADIC A, WAGNER S, HOCH J, BASKAYA O, VON CUBE R, SKALETZ C, LIEB K, DAHMEN N. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology* 2009, 42(4):257-63.

TARA APD : The Treatment and Research Advancements Association for Personality Disorder, 2004.

TIMSIT M. Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. *Bull Psychol* 1974-1975, 314 : 19-37.

TUCKER L, BAUER SF, WAGNER S *et al.* Long-term hospitalization of borderline patients: a descriptive outcome study. *Am J Psychiatry* 1987, 144 : 1443-1448.

WESTEN D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *Am J Psychiatry* 1997 Jul, 154(7):895-903.

WIDIGER TA, FRANCES A. Epidemiology, diagnosis and comorbidity of personality disorder. *Rev Psychiatry* 1989, 8 : 8-24.

WIDLOCHER D. Les concepts d'états limites. In P Pichot. *Actualités de la schizophrénie*, Paris, PUF, 1981 : 55-72.

WIDOM CS, CZAJA SJ, PARIS J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord* 2009 Oct, 23(5):433-46.

WINOGRAD G, COHEN P, CHEN H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008 Sep, 49(9):933-41.

ZALEWSKI C, ARCHER RP. Assessment of borderline personality disorder. A review of MMPI and Rorschach findings. *J Nerv Ment Dis* 1991 Jun, 179(6):338-45. Review

ZANARINI MC. Borderline personality disorder as an impulsive spectrum disorder, in *Borderline personality disorder, etiology and treatment*, Washington, American Psychiatric Press 1993, 67-86.

ZANARINI MC, GUNDERSON JG, MARINO MF, SCHATZ EO, FRANKENBURG FR. Childhood experiences of borderlines. *Compr Psychiatry* 1979, 20 : 29-46.

ZANARINI MC, GUNDERSON JG, FRANKENBURG FR, CHAUNCEY DL. The revised Diagnostic Interview for Borderlines : discriminating borderline from other axis II disorders. *J Pers Dis* 1989, 3 : 10-18.

ZANARINI MC, WILLIAMS AA, LEWIS AR et al. Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1997, 154 : 1101-1106.

ZANARINI MC, VUJANOVIC AA, PARACHINI EA, BOULANGER JL, FRANKENBURG FR, HENNEN J A. Screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord.* 2003 Dec, 17(6):568-73.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J, REICH DB, SILK KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004 Nov, 161(11):2108-14.

ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, HENNEN J *et al.* The McLean study of adult development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Personal Disord* 2005, 19 : 505–523.

ZIMMERMAN M, MATTIA JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999 Jul-Aug, 40(4):245-52.

ZIMMERMAN M, MATTIA JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999 Oct, 156(10):1570-4.

ZIMMERMAN M, RUGGERO CJ, CHELMINSKI I, YOUNG D. Psychiatric diagnoses in patients previously over-diagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010 Jan, 71(1):26-31.

ZIMMERMAN M, GALIONE JN, RUGGERO CJ, CHELMINSKI I, YOUNG D, DALRYMPLE K, MCGLINCHEY JB. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2010 Mar 23 (Epub ahead of print).

ZLOTNICK C, FRANKLIN CL, ZIMMERMAN M. Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *Am J Psychiatry* 2002 Nov, 159(11):1940-3.

(167 références bibliographiques)

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ.....	2
REMERCIEMENTS.....	9
DÉDICACES.....	19
SOMMAIRE.....	24
INTRODUCTION.....	27
<b>PREMIÈRE PARTIE: ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA PERSONNALITÉ BORDERLINE ET MÉTHODES D'ÉVALUATION..</b>	<b>29</b>
<b><u>INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b><u>I. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LA PERSONNALITÉ BORDERLINE .....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>A. RAPPELS GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ...33</u></b>	
<b><u>A.1. LA PERSONNALITÉ.....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>A.2. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : DSM-IV ET CIM-10.....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>    Critères généraux des troubles de la personnalité.....</u></b>	<b><u>34</u></b>
<b><u>    Troubles spécifiques de la personnalité.....</u></b>	<b><u>36</u></b>
<b><u>    Caractéristiques des troubles spécifiques de la personnalité.....</u></b>	<b><u>37</u></b>
<b><u>    Cluster A .....</u></b>	<b><u>37</u></b>
<b><u>    Cluster B .....</u></b>	<b><u>37</u></b>
<b><u>    Cluster C .....</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b><u>    Autres troubles de la personnalité.....</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b><u>A.3. MODIFICATIONS PRÉVUES DANS LES DÉFINITIONS DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DES FUTURS DSM-V ET CIM-11 .....</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>    DSM-V.....</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>    Nouvelle définition générale du trouble de personnalité .....</u></b>	<b><u>39</u></b>

Nouveaux critères diagnostiques.....	39
Troubles spécifiques de la personnalité.....	41
CIM-11.....	41
<b>B. DÉFINITION DU TERME BORDERLINE.....</b>	<b>42</b>
<b>C. HISTORIQUE.....</b>	<b>43</b>
C.1. L'ÉCOLE EUROPÉENNE .....	43
Courant clinique.....	43
Courant psychanalytique.....	43
C.2. L'ÉCOLE ANGLO-SAXONNE.....	44
Courant psychanalytique.....	44
Courant clinique.....	45
C.3. CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....	46
DSM.....	46
CIM.....	47
<b>D. LES DEUX DÉFINITIONS DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : DIFFÉRENCES ENTRE DSM-IV ET CIM-10.....</b>	<b>48</b>
D.1. DSM-IV.....	48
Commentaires sur les critères diagnostiques du DSM-IV.....	50
D.2. CIM-10.....	52
Type impulsif.....	52
Type borderline.....	52
<b>E. AUTRES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES NON RETENUS DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....</b>	<b>55</b>
E.1. ANGOISSE.....	55
E.2. PAUVRETÉ DE LA VIE FANTASMATIQUE.....	55
E.3. TROUBLES DE L'HUMEUR.....	55
E.4. FANTAISIES ET COMPORTEMENTS GRANDIOSES.....	55
E.5. IRRITABILITÉ ET AGRESSIVITÉ.....	56
E.6. CRITÈRES PSYCHANALYTIQUES.....	56
<b>F. AUTRES SYMPTÔMES RENCONTRÉS, NON SPÉCIFIQUES, MAIS AYANT DES PARTICULARITÉS DANS LA PBL.....</b>	<b>56</b>
F.1. TROUBLES D'ALLURE NÉVROTIQUE.....	56
F.2. TOXICOMANIES ET DÉPENDANCES.....	57
F.3. AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	57

<b><u>G. FORMES CLINIQUES</u></b> .....	<b>57</b>
G.1. SELON LA GRAVITÉ .....	57
G.2. SELON L'ÂGE D'APPARITION .....	57
G.3. SELON LA COMORBIDITÉ : DE L'AXE I OU DE L'AXE II.....	57
Dans l'Axe I.....	58
Dans l'Axe II.....	58
G.4. SELON L'ORIENTATION DIMENSIONNELLE OU CATÉGORIELLE DU TROUBLE.....	59
<b><u>H. ÉTIOPATHOGÉNIE</u></b> .....	<b>59</b>
H.1. ABORD PSYCHANALYTIQUE.....	59
H.2. ABORD COGNITIF.....	60
H.3. ABORD BIOLOGIQUE .....	60
H.4. ABORD BIOSOCIAL .....	61
H.5. ABORD BIO-PSYCHO-SOCIAL.....	61
<b><u>I. DERNIÈRES DONNÉES : BIOLOGIE, GÉNÉTIQUE ET NEUROSCIENCES</u></b> .....	<b>64</b>
I.1. BIOLOGIE.....	64
I.2. GÉNÉTIQUE.....	64
I.3. NEUROPHYSIOLOGIE/NEUROANATOMIE.....	64
<b><u>J. ÉPIDEMIOLOGIE/ÉVOLUTION</u></b> .....	<b>66</b>
J. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	66
J.2. ANTÉCÉDENTS.....	66
J.3. DERNIÈRES ÉTUDES CONCERNANT LES ANTÉCÉDENTS : ANNÉES 2000.....	67
J.4. ÉVOLUTION.....	67
J.5. ÉLÉMENTS D'AGGRAVATION DU PRONOSTIC.....	69
<b><u>K. THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES</u></b> .....	<b>70</b>
<b><u>L. VALIDITÉ DU DIAGNOSTIC DE PBL ? : LA QUESTION DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL</u></b> .....	<b>71</b>
L.1. AVEC LES AUTRES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	71
L.2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LES DÉPRESSIONS.....	72
L.3. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE.....	72
L.4. LA PBL : UNE FORME CHRONIQUE DE PTSD ?.....	73
L.5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC D'AUTRES TROUBLES.....	74

## II. MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ EN GENERAL ET DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE EN PARTICULIER : TRAVAUX DÉJÀ RÉALISÉS.....76

### A. MODÈLE CATÉGORIEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....76

#### A.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....76

#### A.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION .....76

##### LES CHECK-LISTS DE CRITÈRES.....76

##### LES ENTRETIENS (INTERVIEWS) SEMI-STRUCTURÉS.....77

Le SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (Pfohl et al., 1995).....77

Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline.....77

Le SCID II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (First et al., 1997).....77

Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline.....78

L'IPDE : l'International Personality Disorders Examination (OMS, 1994) 79

Utilisation dans l'étude de la personnalité borderline.....79

##### LES QUESTIONNAIRES.....80

Le Personality Diagnostic Questionnaire : PDQ (Hyler et al., 1988) (annexe p. 150).....80

Mode de passation.....81

Cotation .....81

Vérification des résultats.....82

Etudes de validation.....85

Le questionnaire de dépistage du Structured Clinical Interview for DSM AXIS II Disorders (SCID II) (First et al., 1997) .....86

La VKP : Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (Duijsens et al., 1993).....86

### B. MODÈLE DIMENSIONNEL DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ....88

#### B.1. DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....88

#### B.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION .....89

Le MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway & McKinley, 1943).....89

L'EPO : Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck & Eysenck, 1975). 89

<u>Le NEO-PI-R: NEO-Personality Inventory Revised (Costa &amp; McCrae, 1990)</u>	89
<u>Le TCI : Temperament and Character Inventory (Cloninger et al., 1993) .</u>	89
<b><u>C. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE</u></b>	<b>90</b>
<u>C.1. DIB-R : DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINE-REVISED (ZANARINI ET AL., 1989).</u>	90
<u>Etudes de validation</u>	91
<u>C.2. QUESTIONNAIRE DES CROYANCES DE LA PERSONNALITÉ (QCP) APPLIQUÉ À LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (BUTLER ET AL., 2002).</u>	92
<u>C.3. BORDERLINE SYNDROME INDEX : BSI (CONTE ET AL., 1980).</u>	93
<u>C.4. BORDERLINE PERSONALITY INTERVIEW : BPI (LEICHSENRING, 1999).</u>	93
<u>C.5. BORDERLINE SYMPTOM LIST : BSL (BOHUS ET AL., 2001).</u>	93
<u>C.6. RÉSULTATS AUX TESTS PROJECTIFS</u>	94
<u>Test de Rorschach (Rorschach, 1921)</u>	94
<u>TAT : Thematic Aperception Test (Murray, 1935)</u>	95
<b><u>I. INTRODUCTION : CONTEXTE SCIENTIFIQUE</u></b>	<b>97</b>
<b><u>II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</u></b>	<b>98</b>
<b><u>III. MÉTHODOLOGIE</u></b>	<b>98</b>
<u>A. POPULATION</u>	99
<u>A.1. GROUPE DES PATIENTS</u>	99
<u>Critères d'inclusion</u>	99
<u>Critères de non inclusion</u>	99
<u>Critères d'exclusion</u>	99
<u>Recrutement des patients</u>	99
<u>A.2. GROUPE DES TÉMOINS</u>	99
<u>Critères d'inclusion</u>	99
<u>Critères de non inclusion</u>	100
<u>Critères d'exclusion</u>	100
<u>Recrutement des témoins</u>	100
<u>B. PROCÉDURES</u>	100
<u>B.1. PROCÉDURES CHEZ LES PATIENTS</u>	100

B.2. PROCÉDURES CHEZ LES TÉMOINS.....	101
B.3. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION.....	101
Le DSM-IV (APA, 1994) .....	101
La CIM-10 (OMS, 1992) .....	101
<b>C. ANALYSE STATISTIQUE.....</b>	<b>102</b>
<b>IV. RÉSULTATS.....</b>	<b>103</b>
<b>A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION TOTALE.....</b>	<b>103</b>
A.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	104
A.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	104
A.3. DONNÉES DESCRIPTIVES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+.....	104
Diagnostic de personnalité borderline.....	104
Autres personnalités au PDQ-4+.....	104
Echelles de validité.....	105
Score total PDQ-4+.....	105
<b>B. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CLINIQUEMENT     BORDERLINE.....</b>	<b>105</b>
B.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	105
Comparaison entre patients et témoins.....	105
B.2. ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	106
Comparaison entre patients et témoins.....	106
B.3. DONNÉES ISSUES DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PDQ-4+.....	107
Diagnostic de personnalité borderline.....	107
Autres personnalités au PDQ-4+.....	107
Echelles de validité.....	108
Score total PDQ-4+.....	108
Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+.....	108
Echelle de signification clinique.....	109
Comparaison entre patients et témoins.....	110
Diagnostic de personnalité borderline.....	110
Autres personnalités au PDQ-4+.....	110
Echelles de validité.....	110
Score total PDQ-4+.....	111

Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+.....	111
<b>B.4. DONNÉES ISSUES DES CLASSIFICATIONS DSM-IV ET CIM-10.....</b>	<b>113</b>
DSM-IV.....	113
CIM-10.....	113
<b>B.4. AUTRES DONNÉES ISSUES DES QUESTIONS POSÉES AUX</b>	
<b>CLINICIENS.....</b>	<b>114</b>
Arguments des cliniciens pour le diagnostic de PBL.....	114
Motifs d'hospitalisation/de consultation.....	114
Antécédents psychiatriques.....	115
Suivi psychiatrique.....	115
<b>C. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION BORDERLINE AU PDQ-4+</b>	
<b>.....</b>	<b>115</b>
<b>C.1. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES PATIENTS :</b>	
<b>COMPARAISON ENTRE PATIENTS POSITIFS ET PATIENTS NÉGATIFS .</b>	<b>115</b>
Données sociodémographiques et événements de vie.....	115
Données issues de l'auto-questionnaire PDQ-4+.....	117
Diagnostic de personnalité borderline.....	117
Autres personnalités au PDQ-4+.....	117
Echelles de validité.....	117
Score total PDQ-4+.....	117
Critères de personnalité évalués par le PDQ-4+.....	118
Données issues des classifications DSM-IV et CIM-10.....	121
DSM-IV.....	121
CIM-10.....	121
Autres données issues des questions posées aux cliniciens.....	122
<b>C.2. PERSONNALITÉ BORDERLINE AU PDQ-4+ CHEZ LES TÉMOINS :</b>	
<b>RÉSULTATS AU PDQ-4+.....</b>	<b>122</b>
<b>D. QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DU PDQ-4+ POUR LE DIAGNOSTIC DE</b>	
<b>PERSONNALITÉ BORDERLINE.....</b>	<b>122</b>
<b>I. DISCUSSION.....</b>	<b>125</b>
<b>A. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>125</b>
A.1. BIAIS.....	125
Biais de sélection.....	125

<u>Chez les patients.....</u>	<u>125</u>
<u>Chez les témoins.....</u>	<u>125</u>
<u>Biais de passation .....</u>	<u>126</u>
<u>Chez les patients.....</u>	<u>126</u>
<u>Chez les témoins.....</u>	<u>126</u>
<u>Biais de cotation.....</u>	<u>126</u>
<u>Chez les patients.....</u>	<u>126</u>
<u>Chez les témoins.....</u>	<u>127</u>
<u>A.2. LIMITES.....</u>	<u>127</u>
<b><u>B. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</u></b>	<b><u>128</u></b>
<u>B.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS A L'ANALYSE DES</u>	
<u>ÉLÉMENTS SOCIOLOGIQUES ET DES ÉVÉNEMENTS DE VIE.</u>	<u>128</u>
<u>Éléments sociodémographiques.....</u>	<u>128</u>
<u>Événements de vie.....</u>	<u>128</u>
<u>B.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AU PDQ-4+.....</u>	<u>129</u>
<u>Diagnostic de personnalité borderline.....</u>	<u>129</u>
<u>Comparaison entre patients et témoins.....</u>	<u>130</u>
<u>Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....</u>	<u>131</u>
<u>Autres personnalités et critères de personnalité au PDQ-4+.....</u>	<u>131</u>
<u>Personnalités.....</u>	<u>131</u>
<u>Critères de personnalité.....</u>	<u>134</u>
<u>Comparaison entre patients et témoins.....</u>	<u>134</u>
<u>Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....</u>	<u>134</u>
<u>Echelles de validité.....</u>	<u>135</u>
<u>Comparaison entre patients et témoins.....</u>	<u>136</u>
<u>Score total PDQ-4+.....</u>	<u>136</u>
<u>Echelle de signification clinique.....</u>	<u>136</u>
<u>Comparaison des témoins et des patients positifs pour la PBL au PDQ-4+.....</u>	<u>137</u>
<u>Qualités métriques du PDQ-4+.....</u>	<u>137</u>
<u>Sensibilité du PDQ-4+.....</u>	<u>137</u>
<u>Spécificité du PDQ-4+.....</u>	<u>137</u>
<u>B.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS AUX CLASSIFICATIONS</u>	
<u>INTERNATIONALES : DSM-IV ET CIM-10.....</u>	<u>139</u>
<u>DSM-IV.....</u>	<u>139</u>

<u>Comparaison DSM-IV/PDQ-4+.....</u>	<u>139</u>
<u>CIM-10.....</u>	<u>140</u>
<u>B.4. DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS À L'ANALYSE DES</u>	
<u>AUTRES DONNÉES APPORTÉES PAR LE CLINICIEN.....</u>	<u>141</u>
<b><u>II. PERSPECTIVES D'AVENIR.....</u></b>	<b><u>143</u></b>
<u>A. UTILISATION DU PDQ-4+ DANS LE DÉPISTAGE DE LA</u>	
<u>PERSONNALITÉ BORDERLINE.....</u>	<u>143</u>
<u>A.1. INTÉRÊT DU PDQ-4+.....</u>	<u>143</u>
<u>A.2. AUTRES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA PBL.....</u>	<u>145</u>
<u>B. NOUVELLE APPROCHE DIAGNOSTIQUE DE LA PERSONNALITÉ</u>	
<u>BORDERLINE.....</u>	<u>145</u>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>147</u></b>
<u>ANNEXES.....</u>	
.....	
.....	<b>147</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>157</u></b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

<b>Tableau I. Juxtaposition des critères généraux des troubles de la personnalité dans la CIM-10 et le DSM-IV.....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau II. Juxtaposition des critères CIM-10 et DSM-IV de la PBL.....</b>	<b>51</b>
<b>Tableau III. Principales orientations du trouble de personnalité borderline.....</b>	<b>61</b>
<b>Figure 1. Coupe sagittale encéphalique : localisation de l’amygdale et du cortex cingulaire.....</b>	<b>63</b>
<b>Figure 2. Diagramme de flux de l’étude.....</b>	<b>101</b>
<b>Tableau IV. Caractéristiques sociodémographiques et événements de vie : comparaison entre patients et témoins.....</b>	<b>105</b>
<b>Tableau V. Résultats au PDQ-4+ : comparaison entre patients et témoins.....</b>	<b>110</b>
<b>Tableaux VI. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients et témoins.....</b>	<b>110</b>
<b>Tableau VII. Caractéristiques sociodémographiques et événements de vie : Comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....</b>	<b>114</b>
<b>Tableau VIII. Résultats au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....</b>	<b>117</b>
<b>Tableau IX. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....</b>	<b>118</b>

**Figure 3. Items de PBL au PDQ-4+ : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....118**

**Tableau X. Diagnostic de PBL selon CIM-10 et DSM-IV : comparaison entre patients positifs et négatifs pour la PBL au PDQ-4+.....119**

**Figure 4. Qualités métrologiques du PDQ-4+ pour le diagnostic de la PBL : Courbe ROC.....121**

**Tableau XI. Qualités métrologiques du PDQ-4+ pour le diagnostic de la PBL : comparaison des données selon différents-scores-seuils.....121**

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.