Raisons de vivre chez les adolescents suicidants, spécificités du trouble de la personnalité limite

Sébastien Garny de La Rivière

▶ **To cite this version:**

Sébastien Garny de La Rivière. Raisons de vivre chez les adolescents suicidants, spécificités du trouble de la personnalité limite. Psychiatrie et santé mentale. 2015. dumas-01291363

HAL Id: dumas-01291363

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291363

Submitted on 21 Mar 2016

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014/2015

Numéro de thèse : 2015 - 103

RAISONS DE VIVRE CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDANTS, SPECIFICITES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE

Diplôme d'Etat
DES de Psychiatrie
Soutenance : 16/09/2015

Sébastien Garny de La Rivière

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian MILLE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS
Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Monsieur le Docteur Eric LEGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

DEDICACES

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous m'avez chaleureusement accueilli au sein de votre service à mes débuts et accompagné par la grande qualité de votre enseignement tout au long de mon parcours.

Vous me faites le plaisir et l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse.

Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent"

Pôle "Femme - Couple - enfant"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Votre bienveillance a accompagné mes études et mon parcours d'interne.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Je suis honoré de votre présence et vous adresse l'expression de ma considération respectueuse.

A Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez accueilli et soutenu au fil des mon parcours de recherche

Vous me faîtes l'honneur de votre présence pour ma thèse.

Veuillez recevoir mes humbles remerciements et ma vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Eric LEGRAND

Praticien Hospitalier – Psychiatre des hôpitaux (Pédopsychiatrie)

Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvénile

Vous avez éclairé de votre finesse clinique la fin de mon parcours d'interne

Avec gentillesse, vous avez accepté d'évaluer ce travail.

Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur et le plaisir de diriger ce travail.

Merci de m'avoir accepté au sein de votre service, de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné tout au long de mon Internat.

Par votre enthousiasme, votre disponibilité, vos encouragements, et vos précieux conseils, vous m'avez permis de mener à son terme ce projet et bien d'autres.

Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

A ma femme Charlotte,

Pour ton amour et ton soutien en toutes circonstances, rien n'aurait été possible sans toi.

A mes filles Bérénice et Isaure,

Mes rayons de soleil… je vous aime tant !

A mes parents,

A ma sœur, Annabelle,

Je vous dédie cette thèse, aboutissement de toutes ces années d'études qui n'auraient pas été possibles sans votre soutien infaillible.

A Mehmet,

Présent à tous les instant, ce fut un plaisir de t'avoir comme co-interne, être ton ami a toujours été une chance, t'avoir comme beau frère est un honneur.

A Camille,

Ma belle-sœur si patiente, merci de m'avoir toujours considéré comme un frère.

A mes beaux parents,

Pour votre soutien, votre gentillesse. Merci de m'avoir accueilli comme un fils.

A mes grands-mères, oncles et tantes, cousins et cousines, et spécialement pour leur contribution à Blandine, Christian et Marie.

A mes grands-pères partis trop tôt pour voir ce jour, je suis sûr que vous êtes fiers de moi.

A Vico, Alex, Béni, José, Edouard, Alex P, Benj, Julien, à vos femmes, et vos enfants.

Mes amis toujours présents à mes côtés depuis toutes ces années. Vous avez longtemps attendus ce moment, il est aussi pour vous.

A mes co-internes, mes chefs, les équipes infirmières et tout ceux qui ont jalonnés mon parcours.

Pour tout ces moments de partage, pour votre accueil chaleureux, pour la générosité dont vous faites preuves tant auprès des patients que dans le partage de votre expérience et de votre savoir.

Aux patients,

Qui sont les premiers auprès desquels nous apprenons notre art, pour leur tolérance face à nos faux-pas.

RESUME :

RAISONS DE VIVRE CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDANT, SPECIFICITES DU TROUBLE DE LA PERSONALITE LIMITE

GARNY de La RIVIERE S.

2014/2015

INTRODUCTION : Le suicide de l'adolescent constitue un problème de santé publique majeur, tout particulièrement chez ceux souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite (TPL). L'étude des facteurs de protections tels que les raisons de vivre est novatrice sur le sujet. Notre objectif était d'analyser les spécificités dans l'élaboration de raison de vivre chez des adolescents suicidant souffrant d'un TPL, par rapport à un échantillon sans trouble de personnalité.

MATERIEL ET METHODES: Notre étude constituait une analyse corrélationnelle et comparative intermédiaire des données d'une étude multicentrique, prospective en cours. Nos objectifs étaient de déterminer s'il existait une différence significative sur les scores à l'échelle RFL-A total et aux 5 sous échelles entre les groupes TPL et non TPL. Pouvaient être inclus tout adolescent admis après une tentative de suicide. Le diagnostic de TPL était definie par l'Ab-DIB.

RESULTATS : 223 adolescents ont été inclus, avec un sex ratio (M/F) de 0,22 et un âge moyen de 14,8 ans. Le groupe TPL obtenait des scores significativement inferieurs au groupe non TPL pour le RFL-A total et pour chacune des sous échelles. Les deux groupes différaient le plus sur les échelles « Peur du Suicide » et « Confiance en Soi ».

DISCUSSION : Notre étude a mis en avant des difficultés globales à l'élaboration de raisons de vivre chez les patients TPL et cela surtout sur les dimensions « peur du suicide » et « confiance en soi ». Ces observations étayent les conceptions psychopathologiques actuelles du TPL.

CONCLUSION : Ces différences suggèrent des particularités dans l'élaboration de raisons de vivre chez les patients borderline. Cette nouvelle approche de la suicidologie offre des perspectives passionnantes tant en matière de compréhension qu'en matière de prise en charge.

MOTS CLES : Suicide, Adolescent, Trouble de la Personnalité Limite (TPL), Raisons de vivre, Reasons for Living Inventory-Adolescent (RFL-A).

ABSTRACT :

INTRODUCTION : Adolescent suicide is a major public health problem, especially among those with Borderline Personality Disorder (BPD). The study of protective factors such as the reasons for living is innovative about this question. Our objective was to analyze the characteristics in the development of reasons for living in suicidal adolescent with BPD, compared with a sample without BPD.
METHODS : Our study was an intermediate correlational and comparative analysis of data from a multicenter, prospective study in progress. Our aims were to determine whether there was a significant difference in scores on the RFL-A total scale and five subscale between BPD and non BPD groups. Could be included any teenager admitted after a suicide attempt. The diagnosis of BPD was defined by the Ab-DIB.
RESULTS : 223 adolescents were included, with a sex ratio (M/F) of 0,22 and an average age of 14,8 years. The TPL group scored significantly lower than the no TPL for the RFL-A total and for each subscale. The two groups differed most on the scales « Suicide-Related Concern » and « Self-Acceptance ».
DISCUSSION : Our study has highlighted the global challenges in the development of reasons for living in BPD patients and this especially on the Suicide-Related Concern and Self-Acceptance dimension. These observations support the current psychopathological conceptions of BPD.
CONCLUSION : These differences suggest features in the development of reasons for living in borderline patients. This new approach of suicidology offers exciting opportunities both in terms of understanding that in terms of support.

KEY WORDS : Suicide, Adolescent, Borderline Personality Disorder (BPD), Reasons for linving, RFL-A

TABLE DES MATIERES :

I/ INTRODUCTION

1/ Position de la problématique

2/ Le Trouble de la Personnalité Limite (TPL) à l'adolescence

a. Définition

b. Epidémiologie

c. Psychopathologie

d. Questions diagnostiques

1. *Approche catégorielle*

2. *Approche Dimensionnelle*

e. Méthodes d'exploration

f. Imagerie cérébrale

g. Evolution

h. Prise en charge

3/ Les conduites suicidaires à l'adolescence : Un enjeu de santé publique

4/ Raisons de vivre

5/ Rationnel de l'étude

II/ MATERIEL ET METHODES

1 / Objectifs de l'étude

2/ Centres d'investigations

3/ Présentation du laboratoire

4/ Critères d'inclusion

5/ Critères d'exclusion

6/ Durée de l'étude

7/ Information et consentements

8/ Schéma de l'étude

9/ Outils d'évaluation

a. Questionnaire sociodémographique

b. Entretien semi structuré (K-SADS PL)
c. Ab-DIB
d. RFL-A
e. Autres questionnaires

10/ Analyse statistique

III/ RESULTATS

1/ Caractéristiques générales de la population
2/ Scores au RFL-A total
3/ Scores aux cinq sous-échelles RFL-A
a. Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO)
b. Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC)
c. Liens Familiaux (LF) ou Familly Alliance (FA)
d. Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS)
e. Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA)
4/ Effet de la dépression sur le scores au RFL-A

IV/ DISCUSSION

1/ Analyse RFL-A total
2/ Analyse dimensionnelle
3/ Liens psychopathologiques
4/ Limites

V/ CONCLUSION

VI/ ANNEXES

VII/ BIBLIOGRAPHIE

I/ INTRODUCTION :

1/ Position de la problématique :

L'objectif de cette étude était d'analyser les spécificités dans l'élaboration de raison de vivre chez des adolescents suicidant souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite (TPL) ou Borderline Personality Disorder (BPD) pour les anglo-saxons, par rapport à un échantillon d'adolescents suicidant sans trouble de personnalité sous jacent.

L'idée d'élaborer un tel travail tire son origine de mes premières expériences de prise en charge d'adolescents en situation de crises suicidaires. Dans ce moment de bouillonnement il est fréquent d'assister aux réactions de « sens commun » de l'entourage des patients. Les phrases les plus fréquemment entendues sont alors du type : « mais pourquoi as tu fait ça ? », « Que ce passe-t-il dans ta tête ? » « Tu as envie de mourir ? », « Tu es mal dans ta peau ? », « Tu ne nous aimes pas ? »… Si certains adolescents parvenaient à satisfaire à certaines de ces questions, j'avais été rapidement frappé par le fait que toute une partie des adolescents que je rencontrais étaient extrêmement entravés au moment d'apporter de telles réponses.

L'exemple d'une adolescente rencontrée à l'époque illustre particulièrement bien cette problématique. Cette dernière, régulièrement hospitalisée, n'avait de cesse de se mettre en danger par toute sorte de moyens. Ses passages à l'acte interpelaient l'ensemble de l'équipe soignante par leur fréquence, leur brutalité et leur singularité (ingestion de caustiques, de produits d'hygiène…). Au décours d'une de ses hospitalisations, une altération de la fonction rénale lui avait été découverte lors du bilan d'entrée. Juste après le lui avoir annoncée, mon collègue pédiatre était venu me voir frappé de sa réaction : « Elle avait l'air tellement inquiète pour son rein, alors qu'elle n'arrête pas de vouloir mourir ! ».

Cet exemple clinique que nous réévoquerons dans notre discussion, témoigne des particularités de l'agir des adolescents sur un registre limite et de l'incompréhension a laquelle ils se heurtent quotidiennement. Chez ces derniers, l'agir est brut, non métabolisé, une impulsion qui soulage. Un geste très différent de ce que j'avais pu rencontrer chez l'adulte et chez certains autres adolescents qui décrivent bien souvent leur passage à l'acte

comme l'issue douloureuse d'une longue phase de rumination. C'est de cette observation qu'est né mon intérêt pour les patients souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite. En m'intéressant à la psychopathologie de ce trouble j'ai pu saisir les spécificités sous-tendant cette particularité dans l'agir. Pour autant, face à la crise, les interrogations des parents restaient les mêmes et mes tentatives d'explications, tant pour les parents que pour l'adolescent, paraissaient bien obscures. Je me suis donc mis en quête d'un outil formalisant ces questions : « Dans un tel moment, sur quelle ressource l'adolescent peut-il s'appuyer afin de ne pas passer à l'acte ? » En d'autres termes : « Quelles sont alors, SES raisons de vivre ? »

Avant de commencer il convient de clarifier certains concepts et d'exposer l'état de la littérature sur ces questions

2/ Le Trouble de la Personnalité Limite (TPL) à l'adolescence :

a. Définition :

Le terme borderline apparaît en 1884 sous la plume de C.H. Hugues désignant alors ce qu'il décrit comme des patients à la « frontière de la folie » (the borderline of insanity). A. Stern (1938), puis A. Wolberg (1952), R. Knight, Et M. Schmideberg (1959) pour en citer quelques uns se sont ensuite successivement intéressés à la question.

Si le terme *borderline* apparaît initialement pour désigner des syndromes frontières de la schizophrénie, il a été ensuite développé pour qualifier des organisations psychopathologiques intermédiaires entre organisations névrotiques et psychotiques. Ce sont surtout O. Kernberg et J. Bergeret qui ont apporté un éclairage particulier aux concepts d'organisation de personnalité limite (Kernberg 1989) et d'état limite (Bergeret 1995), organisations psychiques sous-tendant les symptômes observables du TPL.

Avant d'aller plus loin il convient de clarifier certaines confusions de langage : le concept d'état limite est souvent confondu avec celui de trouble de la personnalité limite au sens des DSM-IV et V. Le Trouble de Personnalité Limite (TPL) ou Borderline Personality Disorder (BPD) pour les anglo-saxons est un syndrome spécifique regroupant des

comportements observables telles l'instabilité relationnelle ou l'impulsivité. Le concept d'organisation de la personnalité limite ou d'état limite (borderline condition) est un concept psychodynamique qui renvoi quant à lui à une organisation de personnalité pathologique, c'est a dire à un ensemble de constituants de la personnalité qui ne sont pas immédiatement observables. Il s'agit donc de deux concepts situés sur deux niveaux différents : le trouble de la personnalité relevant des comportements observables et du syndrome, tandis que l'état limite renvoie au plan psychodynamique (1).

b. Epidémiologie :

La prévalence du trouble en population générale est de 3% pour les TPL sévères avec un taux égal chez les garçons comme chez les filles de 11 à 21 ans (2).

En population clinique ces chiffres montent à 11% des adolescents suivis en ambulatoire (3), et 53% des patients hospitalisés (4).

On ne retrouve pas de différence significative de prévalence concernant le sexe en population générale. En revanche en population clinique le TPL est plus souvent observé chez les filles (31 à 61%) que chez les garçons (39% au maximum) (2,5–7).

Au cours des dernières années, le diagnostic de trouble de personnalité limite à l'adolescence a suscité de nombreux questionnements quant à sa validité de construit et validité prédictive. Si plusieurs études apportent des éléments de preuve quant à la validité de construit du trouble de personnalité limite à l'adolescence (7,8), la validité prédictive du trouble de personnalité limite à l'adolescence est davantage controversée. De fait, plusieurs études montrent que la stabilité du diagnostic catégoriel du trouble de personnalité limite chez les adolescents est faible (9,10). En revanche, l'approche dimensionnelle, en définissant le trouble de personnalité limite comme l'expression de perturbations d'intensité variable telles l'instabilité émotionnelle et l'impulsivité, permet une meilleure stabilité diagnostique. Ainsi, plusieurs études concluent sur la pertinence d'une approche dimensionnelle sous-tendant l'idée d'un continuum qui permettrait de mieux prendre en compte l'hétérogénéité clinique propre à l'adolescence (7,11).

c. **Psychopathologie**

O. Kernberg (12) développe une conception structurelle qui définit l'état limite comme une organisation de la personnalité intermédiaire entre les organisations névrotiques et psychotiques. L'organisation de personnalité limite se distingue des deux autres par trois caractéristiques : identité diffuse, mécanismes de défenses primitifs prévalents (clivage), fragilité de l'épreuve de réalité.

Actuellement les travaux psychodynamiques s'écartent d'une conception structurelle pour mettre l'accent sur l'évolutivité du fonctionnement limite. Avec les notions d'aménagement de Bergeret et celle de processus de Rousillon. Ainsi pour Bergeret, l'état limite est aménagé plutôt que structurellement fixé, comme les structures névrotiques et psychotiques. Le moi et la relation d'objet se déforment sur un mode anaclitique, l'angoisse occupe une place centrale dans le tableau, angoisse dépressive qui est en fait une angoisse de perte d'objet. « Elle survient dès que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut […] car, sans l'objet, l'anaclitique va sombrer dans la dépression » (13).

Pour Kernberg, chez l'état limite, l'enfant est laissé à une perception contradictoire de lui même et des autres. Les images positives et négatives de soi ne sont pas harmonisées dans une conception intégrée de soi. De la même façon, l'intégration des images positives et négatives des autres n'est pas acquise. L'identité personnelle est floue et changeante. Conséquemment ces jeunes rencontrent de grandes difficultés dans la compréhension de leurs idées, leurs sentiments et leurs gestes mais aussi dans l'identification des sentiments d'autrui.

L'organisation des mécanismes de défense intrapsychique est centrée sur le clivage. Il s'agit d'un mécanisme primitif qui protège l'appareil psychique et maintient une séparation entre les relations idéalisées par l'amour absolu et les relations persécutoires (1). Par ce procédé le sujet limite se préserve de la confrontation à son ambivalence et à sa souffrance dépressive en maintenant activement séparés bons et mauvais objets. Les autres mécanismes de défense retrouvés sont l'identification projective, l'idéalisation primitive, l'omnipotence et la dévalorisation.

La mise en action de ces mécanismes conduit a de brèves altérations de la perception de la réalité. Dans les moments les plus émotivement chargés le jeune tend à percevoir la réalité extérieure de manière inexacte. L'origine interne ou externe des perceptions n'est plus

correctement discriminée. La distinction entre réalité extérieure partagée par tout le monde et reconstruction imaginaire devient floue voire, dans certaine situation, inopérante. L'altération de l'épreuve de réalité dans les relations objectales proches est à l'origine de perceptions et de réactions inappropriées voire de tableaux de psychose de transfert (14).

J. Bergeret (13), de son coté, conceptualise un « Tronc commun aménagé des états limites ». Il nous décrit un Moi ayant réussi à dépasser ce qui aurait pu le conduire à une pré-organisation psychotique et continuant son cheminement vers l'Œdipe. C'est alors que le sujet subit un traumatisme précoce que l'auteur qualifie de « premier désorganisateur ». Il s'agit ici d'un contact brutal, massif et surtout trop précoce entre des données œdipiennes inattendues et un sujet qui n'est alors absolument pas prêt psychiquement à faire face à cet « émoi pulsionnel intense ». Dès lors, le moment venu, la relation d'objet triangulaire et génitale de la lignée pré-névrotique ne pourra être atteinte.

Ce « premier désorganisateur » a pour conséquence d'interrompre l'évolution libidinale du sujet et de la figer dans une forme de « pseudo-latence », plus précoce et surtout plus durable que la latence normale puisqu'en plus de recouvrir l'adolescence elle pourra perdurer bien au-delà jusqu'à tout ou partie de l'âge adulte.

Une des conséquences économiques de cette fixation est d'entrainer avec elle les premiers éléments surmoïques alors plus ou moins constitués. L'idéal du moi, déjà très investi en période prégénitale, va continuer à se développer aux dépens du surmoi. Ce déséquilibre des instances laisse ainsi la place dominante à un idéal du moi « puéril et gigantesque ». Cette hypertrophie de l'idéal du moi associée à une faiblesse du surmoi est, nous le verrons, à l'origine de particularités très intéressantes concernant notre sujet.

Dans ces aménagements limite on retrouve par ailleurs une dualité des secteurs opérationnels du Moi selon la présence ou non de menaces tant sur le plan narcissique que génital. Un registre adaptatif lorsqu'il n'existe au plan relationnel aucune menace pour l'individu, et un registre anaclitique, dès qu'un danger fait apparaitre une menace de perte d'objet. Il en résulte pour le sujet une grande dépendance aux variations de la réalité extérieure ainsi qu'aux positions/distanciations des objets à son égard.

La relation d'objet se déforme également sur un mode anaclitique. L'interlocuteur de l'anaclitique n'est pas encore un parent œdipien, la relation névrotique triangulée n'est pas élaborée, mais pour autant elle diffère de la relation dyadique symbiotique du psychotique. Si

la relation est bien duelle et donc distinguée du seul pôle maternel, il s'agit ici de « s'appuyer sur l'interlocuteur, tout aussi bien en attente passive et en satisfaction positive qu'en manipulations beaucoup plus agressives […] de ce partenaire indispensable. »

Dernier élément central de la description des aménagements limite par J. Bergeret : l'angoisse. Une angoisse dépressive qui est en réalité une angoisse de perte d'objet. Un objet non encore introjecté et dont la perte n'en est que plus déstructurante. « L'anaclitique a besoin de l'autre à ses côtés : s'il redoute les dangers de l'intrusion dans la trop grande proximité, il ne peut se résoudre à demeurer seul. » Une angoisse qui diffère objectivement des angoisses de castration du névrosé et des angoisses de morcellement du psychotique. Une singularité de l'angoisse et de la dépression qui rejaillit directement sur la clinique du sujet limite et nous appelle à repenser nos modes de prise en charge des situations de crises.

L'approche cognitivo-comportementale du trouble de personnalité borderline, quant à elle, se base aujourd'hui principalement sur la théorie biosociale de M. Linehan (15). Cette dernière émet l'hypothèse de l'existence chez les sujets borderline d'une forme de vulnérabilité constitutionnelle du système de régulation émotionnelle. Il en découle chez ces personnes une grande réactivité aux stimuli externes et internes, une forte intensité de la réponse émotionnelle et des difficultés au retour à l'état émotionnel de base. Tout l'enjeu serait alors dès l'enfance de pouvoir apporter à ces enfants une aide pour développer des stratégies de gestion de cette problématique, malheureusement ces enfants sont le plus souvent confrontés à un environnement qui n'est pas préparé ou apte à apporter cette aide. Le trouble tend alors à s'auto-entretenir : chaque expérience de l'enfant non ou inadéquatement métabolisée ne faisant qu'exacerber le déficit en compétence de régulation des émotions. On parle alors d'environnement invalidant.

Cette collusion entre dysrégulation émotionnelle et environnement invalidant est pour Linehan à l'origine de l'instabilité très souvent retrouvée chez les sujets Borderline : Instabilité comportementale (Conduites suicidaires et impulsives), interpersonnelle (relations chaotiques, angoisse d'abandon), émotionnelle (labilité affective, colère) et personnelle (confusion de soi, sensation de vide, perturbation cognitive).

d. Questions diagnostiques :

1. Approche Catégorielle :

La classification américaine (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, DSM-IV-R et DSM-5), pose le diagnostic de TPL à l'adolescence lorsque le sujet présente depuis au moins un an cinq des neuf critères suivants :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- Relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi ;
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, conduite automobile dangereuse) ;
- Répétition de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations ;
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur ;
- Sentiment chronique de vide ;
- Colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère ;
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

L'approche catégorielle génère des comorbidités importantes. Le projet multicentrique européen sur la phénoménologie du TPL à l'adolescence (EURNET BPD) (16) décrit une comorbidité à l'axe 1 de 89% chez les adolescent TPL entre 15 et 19 ans. Leur échantillon de 85 adolescents évalués au K-SADS-PL retrouvait 55,3% de troubles de l'humeur, 31,8% de troubles des conduites alimentaires, 25,9% de troubles du comportement (dont 11% de TDAH type combiné), 25,9% de troubles anxieux et 20% de consommation de toxiques.

Concernant la comorbidité à l'axe II, à partir du même projet EURNET-BPD Loas et al. (17) retrouvent 10,5% de troubles du cluster A (Principalement trouble de la personnalité paranoïaque : 9,4%), 27,1% du cluster B (Surtout personnalité antisociale : 22,4%) et 52,9%

du cluster C (Dont 35,3% d'obsessionnelle-compulsif, 21,2% d'évitant et 11,8% de dépendant).

Si le diagnostic catégoriel du TPL à l'adolescence a une validité discriminante et convergente satisfaisante (8,10,18) sa validité prédictive est questionnable. Bien que la première étude de Berstein montrait une stabilité observée a 2 ans de 25% (2), les études plus récentes utilisant des procédures diagnostiques plus rigoureuses obtiennent des stabilités plus importantes : 40% à 2 ans (3) et 47% à 4 ans (19).

Dans ce contexte, une approche dimensionnelle du TPL permet-elle une meilleure stabilité diagnostique entre l'adolescence et l'âge adulte? De plus, quelles dimensions sémiologiques perdurent?

2. Approche Dimensionnelle :

Dans une approche dimensionnelle, le trouble de personnalité est défini comme l'expression de perturbations d'intensité variable selon un continuum entre le normal et le pathologique et ce, sur plusieurs dimensions.

Toutefois, toute approche dimensionnelle devient catégorielle à la suite d'un seuil particulier, définissant ainsi des sous-types catégoriels au sein des dimensions.

Actuellement, la plupart des modèles dimensionnels décrivent le TPL selon quatre dimensions (14) :

- La dimension cognitive (trouble de l'identité, trouble de l'image de soi, symptômes dissociatifs transitoires) ;
- La dimension impulsive (dont les automutilations et les tentatives de suicide) ;
- La dimension affective (fluctuation de l'humeur, sentiment de vide, colère) ;
- La dimension interpersonnelle (relations interpersonnelles instables, efforts pour éviter l'abandon).

L'approche dimensionnelle du TPL serait particulièrement pertinente à l'adolescence dans la mesure où elle prendrait davantage en compte la variabilité développementale et l'hétérogénéité observée à cette période de la vie (7) (20).

La plupart des études ayant recours à une conceptualisation dimensionnelle du TPL objectivent une stabilité modérée de ce diagnostic à l'adolescence. Ainsi, Crawford et al (10), retrouvent une stabilité de 63% pour les garçons et de 69% pour les filles, pour une personnalité de cluster B (dont le TPL) sur un échantillon de 407 adolescents suivis sur huit ans ; alors que sur un échantillon clinique suivi sur deux ans de 12 patients présentant un TPL (sur les 101 recrutés), Chanen et al. (3) retrouvent une stabilité de 54%. Au final, si l'approche dimensionnelle versus catégorielle du TPL permet une meilleure stabilité diagnostique, il n'en reste pas moins que, pour la majorité des individus, le TPL décline de façon significative entre l'adolescence et l'âge adulte.

Deux remarques sont à faire concernant la stabilité du diagnostic :

En premier lieu, la stabilité de rang est conservée c'est-à-dire que les adolescents ayant un TPL sévère en terme d'intensité des symptômes sont ceux les plus à risque de présenter ce trouble de personnalité à l'âge adulte (21,22). Ainsi, Miller et al. (7) soulignent l'émergence de deux sous-groupes d'adolescents : les adolescents sévèrement atteints dont le diagnostic est stable et ceux moins atteints dont le diagnostic à travers le temps reste incertain.

En second lieu, un petit nombre de symptômes émerge comme symptômes prédictifs significatifs de la persistance du TPL. Garnet et al. (23) montrent ainsi que les symptômes dont le pouvoir prédictif est le plus important (i.e. les plus stables) pour les adolescents sont le sentiment chronique de vide et l'ennui. Pour d'autres (24,25), le trouble de l'identité, l'instabilité affective et la colère extrême voire démesurée sont identifiés comme les symptômes ayant le pouvoir prédictif le plus important. Le pouvoir prédictif de ces trois symptômes est aussi relevé dans la littérature concernant le TPL à l'âge adulte, suggérant que la validité prédictive de ces symptômes clefs est élevée quel que soit le groupe d'âge.

e. Méthodes d'exploration :

Outre l'entrevue clinique permettant d'établir le diagnostic de TPL en référence à la critériologie catégorielle ou dimensionnelle évoquée plus haut, quelques méthodes permettent d'éclairer le diagnostic.

La méthode d'évaluation standardisée la plus répandue repose sur l'utilisation du

Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). Ce questionnaire est présenté dans la partie materiel et méthodes.

L'évaluation psychologique projective a également toute sa place dans l'évaluation du trouble. Dessins, jeux, psychodrame diagnostique, CAT ou TAT et Rorschach pourront être proposés. Outre les caractéristiques spécifiquement décrites par O. Kernberg (1989) dans l'organisation de personnalité limite, on retrouve dans l'état limite des particularités de la relation d'objet, de l'angoisse et de la vie personnelle. On observe une prépondérance de thèmes prégénitaux, une relation d'objet majoritairement duelle et non triangulaire ainsi qu'une angoisse de perte d'objet importante.

Dans les formes sévères, l'épreuve de réalité se fait encore plus fragile décrivant des situations d'état prépsychotiques dont les caractéristiques d'évaluation ont été résumées par Widlöcher (1973) : activité fantasmatique dénuée d'élaborations secondaires et de mécanismes de défenses névrotiques, angoisse de destruction de la cohérence de soi, développement libidinal chaotique, intensité de l'agressivité.

f. Imagerie cérébrale :

Les données en neuro-imagerie chez l'adolescent TPL sont assez pauvres. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données en IRMf. Les données suivantes concernent l'imagerie structurale. Des différences volumétriques ont été constatées au niveau du cortex cingulaire antérieur par Whittle et al. (2009) qui décrivent une diminution du volume du cortex cingulaire antérieur gauche au sein d'une population de 15 adolescentes TPL avec comorbidités à l'axe I (26) et par Goodman et al. (2011) qui observent une diminution de matière grise au sein de l'aire de Broadman au sein d'une population mixte avec comorbidité dépressive (27). En revanche, aucune différence de volumes n'a été constatée concernant l'amygdale, l'hippocampe, le corps calleux et le 3ème ventricule (28)

g. Evolution :

Les travaux de Greenfield et al. (29) apportent un éclairage particulièrement riche concernant l'évolution du trouble. Cette équipe est parvenue à suivre une cohorte d'adolescents suicidant ($N_{initiale}$ = 286) sur une durée totale de 4 ans (N_{4ans}= 229). Le diagnostic de Trouble de la Personnalité Limite était posé par l'Ab-DIB (Cf. matériel et méthode). Au moment du recrutement les adolescents présentant un TPL (87%) se distinguaient de ceux sans trouble de la personnalité par un taux plus élevé de troubles des conduites (DISC), de consommation de drogues et d'alcool, d'événements de vie stressants et de dysfonctionnements familiaux (IFR), par ailleurs leur niveau de fonctionnement global (CGAS) était plus bas.

Après 4 ans d'évolution 4 groupes d'adolescents se dégageaient : un groupe pour lequel on observait la persistance d'un TPL (76%), un groupe en rémission (13%), un groupe présentant l'émergence d'un TPL (3%), et enfin, un groupe n'ayant jamais présenté de symptômes (8%). Les différences cliniques observées entre les deux groupes à l'inclusion (trouble des conduites, abus de substances, événements de vie stressants et niveau de fonctionnement) avaient toutes tendance à se confirmer à 4 ans. Par ailleurs, le groupe « TPL » présentait un taux de suicide (9%) supérieur au groupe n'ayant jamais présenté de symptômes (6%).

De leur coté, Zanarini et al. a partir de la cohorte MSAD (Mc Lean Study of Adult Development) (30,31) nous renseignent sur l'évolution du trouble chez de jeunes adultes.

Le taux de « récupération » (association d'une rémission des symptômes avec une bonne qualité des compétences sociales et professionnelles) totale et stable du trouble après 10 ans de suivi était de 50%. 86 à 93% des patients présentaient une rémission partielle ou totale des symptômes. Le taux de rechute était de 30% des patients ayant présenté une rémission de 2 ans (30,31).

Les dernières publications de cette cohorte après 16 ans de suivi (2014) ont confirmé ces résultats encourageants et ont permis d'identifier certains facteurs de bon pronostic telle l'absence d'antécédent d'hospitalisation psychiatrique, l'absence de comorbidité de type trouble de la personnalité du cluster C, la présence d'un QI élevé, une bonne insertion professionnelle ainsi que des hauts niveaux d'extraversion et d'amabilité (32).

Concernant l'évolution des symptômes Gicquel et al. (14) s'appuyant entre autre sur les observations de Zanarini et al. effectuent une classification par durée moyenne d'évolution permettant de préjuger des symptômes ayant le plus tendance à s'enkyster : notons entre autres symptômes que ce sont les sentiments de colère et de solitude qui restent les plus prégnants à 10 ans, les épisodes dépressifs et l'anxiété présentant une durée moyenne d'évolution de 6 à 8 ans, durée moyenne qui tombe entre 2 et 4 ans pour les abus et dépendance aux substances psychoactives, les automutilations, et les tentatives de suicide répétées.

h. Prise en charge :

Le traitement privilégie une approche multimodale souvent groupale associant psychothérapie psychodynamique, approche cognitivo-comportementale et entrainement aux habilités sociales.

Parmi les approches d'inspiration cognitivo-comportementale citons notamment la thérapie comportementale dialectique (Dialectic Behavior Therapy : DBT) conçue par M. Linehan. Cette technique à l'efficacité éprouvée chez l'adulte TPL par de nombreuses études notamment Lynch et al. (33), Verheul et al. (34) et Stoffers et al. (35) a été d'abord adaptée à des populations d'adolescent suicidant par Rathus et Miller (36), avant d'être proposée à des populations d'adolescents TPL suicidant par de nombreuses équipes comme Fleischhaker et al. (37) et Klein et al. (38). Ainsi le programme de DBT pour adolescent TPL suicidant mis au point par Klein et al. propose une intervention multimodale articulant : psychothérapie individuelle, groupe familiaux de formation de compétences, thérapie familiale, coaching téléphonique pour le patient et les membres de la famille et groupe de consultations de thérapeutes.

3/ Les conduites suicidaires à l'adolescence : Un enjeu de santé publique :

La suicidalité de l'adolescent constitue un problème de santé publique majeur au plan national et tout particulièrement en Picardie. Selon le baromètre santé Picardie publié en

2005 : 5% des 15-17 ans présentaient des idées suicidaires et 3,6% avaient déjà fait une tentative de suicide. La Picardie connaît une surmortalité et une sur-morbidité par rapport à la moyenne nationale. En 2009 le taux brut de décès par suicide chez les 15-24 ans était de 7,8/100000 hab. alors que la moyenne nationale est de 6,7 (INSERM 2009).

Les adolescents souffrant d'un TPL présentent un risque suicidaire accru en cas de comorbidité psychiatrique (état dépressif majeur, abus de substance) (8) ou lorsqu'ils sont confrontés à un évènement de vie négatif (39). Pour Greenfield et al. (18) le TPL apparaît même comme l'un des plus important facteur de risque indépendant d'une récidive suicidaire à 6 mois chez des adolescents suicidant. Breton et al. (40), après une analyse de dossier portant sur 75 adolescents suicidant hospitalisés sur une période d'un an (2002-2003), on a constaté que plus de la moitié des sujets étudiés présentaient un TPL.

4/ Raisons de vivre :

La version adulte du Reasons For Living Inventory (RFL) ou Inventaire des Raisons de Vivre (IRV) a été développé dans les années 80 par Marsha M. Linehan et al. (41). Partant de l'observation que jusqu'alors en matière de prévention des conduites suicidaires l'attention se focalisait systématiquement sur les facteurs de risque de passage à l'acte et que très peu d'auteurs s'intéressaient aux facteurs de protection, Linehan a décidé de se pencher sur la question des caractéristiques adaptatives des sujets non suicidant avec l'idée que les suicidant devaient présenter des carences au niveau de ces capacités adaptatives.

L'approche de Linehan s'inspire de celle de Frankl dans les années 50 (42) qui s'était intéressé à ce qui avait permis aux survivants des camps de concentration de la seconde guerre mondiale de conserver une volonté de vivre malgré leurs conditions de détention. Il suggère ainsi que la capacité à élaborer des croyances sur la vie et de l'espoir vis-à-vis du futur furent des éléments centraux dans la survie de ces individus. Il explique notamment que chez ces prisonniers la conviction qu'ils avaient quelque chose de signifiant pour eux à faire dans le futur avait été primordiale à leur maintien en vie. Suite à ces recherches, Frankl a mis au point une thérapie reposant sur le sens de la vie: la logothérapie. Celle-ci met l'accent sur les raisons de vivre d'une personne et surtout sur les efforts qu'elle fait pour les découvrir. Dès les années 80 Frankl (43) décrit un phénomène se développant dans les sociétés

industrialisées : le sentiment que la vie est dénuée de sens. Cette tendance s'exprimant soit par la dépression, soit par l'auto ou l'hétéro agressivité, soit enfin par la toxicomanie. Dans ce contexte il rappelle que « ce dont l'homme a besoin ce n'est pas de vivre sans tension, mais bien de tendre vers un but valable, comme par exemple : la recherche d'un sens à sa vie », le risque étant alors que le sujet n'y parvienne pas par lui-même, lui faisant perdre sa confiance en ses capacités adaptatives : « La personne qui cherche en vain une signification à son existence peut en mourir » (43).

Ces théories trouvent leur écho chez A.Beck (44–46) dont les travaux ont démontré que les croyances et le niveau d'espérance vis-à-vis du futur étaient directement liés aux pensées et aux conduites suicidaires. Beck met également en avant l'incapacité du suicidaire à se projeter dans le futur et à imaginer son propre avenir (47).

La conceptualisation du RFL s'appuie donc sur une approche cognitivo-comportementale des conduites suicidaires qui suppose qu'un des facteurs différenciant les individus non suicidant des suicidant est le contenu de leur système de croyance.

Le développement de la version adulte du RFL (41) s'est opéré en 2 phases : une phase de développement de l'outil (génération des items, analyse factorielle et évaluation de la cohérence interne), puis une phase de validation par deux études (échantillon clinique et non clinique) visant à déterminer la validité du construit (validité discriminante et convergente).

Linehan et al. ont ainsi en premier lieu élaboré une liste de 343 items de raison de vivre à partir d'un échantillon de 65 individus à qui il était demandé de répondre à 3 questions : (a) quelles étaient les raisons pour lesquelles ils n'étaient pas passés à l'acte à un moment de leur vie ou ils avaient le plus sérieusement considéré l'idée de se suicider ; (b) quelles étaient les raisons pour lesquelles ils n'envisageaient pas actuellement de se suicider ; (c) quelles étaient, pour eux, les raisons pour lesquelles les autres personnes ne se suicidaient pas. Une analyse de contenu a ensuite été menée afin d'éliminer les phrases exprimant la même idée, une liste de 72 items a été ainsi obtenue. L'analyse factorielle sur 2 échantillons additionnels (n=218 et 213) a ensuite permis de réduire cette liste à 48 éléments et de regrouper ces derniers en 6 sous catégories : (a) Croyances reliées à la survie et à l'adaptation

(Survival and Coping Beliefs ; SCB), (b) Responsabilités familiales (Responsibility to Family ; RF), (c) Considérations pour les enfants (Child Related Concern ; CRC), (d) Peur du suicide (Fear of Suicide ; FS), (e) Peur de la désapprobation sociale (Fear of Social Disaproval ; FSD) et (d) Objections morales (Moral Objections ; MO). La cohérence interne de ces 6 sous échelles était bonne avec un coefficient alpha de Cronbach variant entre 0,72 et 0,89.

La deuxième phase se composait de deux études : une sur un échantillon non clinique (n=197) et l'autre sur un échantillon clinique (n=175). Chaque échantillon étant divisé en 2 groupes : Suicidaire (Idéation et Para-suicide) et non suicidaire. L'analyse de variance multivariée (MANOVA) indiquait une différence significative aux scores RFL entre les deux groupes dans les deux échantillons.

La littérature a depuis largement confirmé les propriétés psychométriques du RFL en population adulte citons ainsi Connel et Meyer (48), Osman et al. (49,50) et Range et Penton (51). L'échelle a été traduite en français par Labelle et al. (52) avec un coefficient alpha de 0,92 pour l'échelle globale et variant de 0,74 à 0,94 pour les différents sous-échelles. D'autres traductions telle celle de l'équipe suédoise de Dobrov (53) ont également confirmé sa solidité.

Toutefois si ces études s'intéressaient souvent à une population jeune aucune n'était spécifiquement tournée vers les adolescents.

Cole et al. (1989) (54) ont, les premiers, tenté d'explorer les propriétés psychométriques du RFL chez l'adolescent. Leur étude fut réalisée sur 2 échantillons d'adolescents (Lycéens et « délinquants juvéniles » issus d'un centre correctionnel pour enfants) à partir d'un RFL à cinq facteurs puisque débarrassé de la sous échelle « considération pour les enfants » (CRC). Ils sont ainsi parvenu à mettre en évidence la validité de construit (validité discriminante et validité convergente) de l'outil, en revanche ils n'ont pas réussi à obtenir une cohérence interne significative. Pinto et al. (1998) (55) sur une population entièrement clinique (n=253) ont confirmé cette inadéquation du modèle à 5 facteurs et ont proposé de recombiner les items. Le nouveau modèle obtenu, s'il offrait une cohérence interne significative, présentait de fortes inégalités concernant le nombre d'item par sous échelles (23 pour « croyances reliées à la survie et à l'adaptation » contre 2 pour « peur du suicide »)

Après des résultats encourageants obtenus dans l'élaboration du BRFL-A (Brief Reason for Living Inventory for Adolescent), une adaptation pour adolescents d'une version abrégée du RFL (BRFL) (56), Osman et al. se sont attelés à la mise au point d'un outil spécifiquement adapté aux adolescents le RFL-A.

Leur étude publiée en 1998 (57) se déroule en quatre phases : (a) Génération des items, (b) Détermination de la structure factorielle du RFL-A, (c) Validation croisée et évaluation des propriétés psychométriques du RFL-A, (d) Validation supplémentaire du RFL-A.

Afin de définir les critères, les auteurs ont fait appel à un échantillon d'adolescents (n=68) constitué de 30 lycéens (14-18 ans), 18 patients hospitalisés en psychiatrie (14-18 ans ; 9 suicidant, 9 non suicidant) et 20 étudiants en classe d'introduction à la psychologie (17-19 ans). A chacun de ces adolescents on demandait de noter : (a) les raisons qu'il avait de ne pas se suicider si la pensée de le faire lui venait à l'esprit, (b) les raisons que d'autres adolescents pourraient avoir de ne pas envisager le suicide comme une sérieuse alternative. En supplément de ce panel d'adolescents les auteurs ont fait appel à un pedo-psychologue clinicien ainsi qu'à un travailleur social afin de lister les raisons de vivre fréquemment évoquées par les adolescents. Enfin une revue de la littérature complète a été faite sur la question et les 15 items retenus dans la constitution du BRFL-A, lors de l'étude précédente (56), ont été intégrés. Après divers affinages et élimination des redondances les auteurs sont arrivés à une liste de 52 items.

Pour déterminer la structure factorielle du RFL-A l'équipe d'Osman a d'abord eu recours à une analyse factorielle exploratoire sur un échantillon non clinique de 1004 adolescents. Les auteurs ont ainsi retenu une structure en cinq sous échelles : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Familly Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA).

Une analyse factorielle confirmatoire a ensuite permis de déterminer une très bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach à 0,96 pour le RFL-A total et variant entre 0,89 et 0,94 pour les cinq sous échelles.

Après une validation croisée confirmant l'adéquation du modèle à cinq facteurs (échantillon non clinique de 442 adolescents), les auteurs ont certifié les validités convergentes et discriminantes à partir d'un sous échantillon (n=242) non clinique remplissant diverses échelles validées sur le suicide et le désespoir : Suicide Probability Scale (SPS) ; Brief Symptoms Inventory (BSI) ; Beck Hopelessness Scale (BHS) ; Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ).

Enfin, à partir d'un échantillon (n=214) divisé en 3 groupes : (a) Patients suicidant hospitalisés en psychiatrie (n=71), (b) Patients non suicidant hospitalisés en psychiatrie (n=72) et (c) Témoins non suicidant non hospitalisés (n=71), les auteurs ont eu recours à une analyse de variance multivariée (MANOVA : genre x groupe) mettant en évidence un effet genre et groupe significatif : Les adolescents du groupe suicidant avaient pour le RFL-A total et pour toutes les sous échelles des scores plus faibles que les adolescents des deux autres groupes (non suicidant hospitalisés et témoins), de plus au sein de ces deux groupes « non suicidant » les adolescents témoins avaient des scores plus élevés que les adolescents hospitalisés en psychiatrie (sauf pour l'échelle SRC), parallèlement les garçons avaient des scores significativement plus haut à la sous échelle d'auto-acceptation (SA).

En 2008 Khodabakhshi Koolaee et al. (58), à partir d'un échantillon de 400 adolescents (Deux groupes : suicidant et non suicidant), ont globalement été dans le sens des travaux d'Osman, confirmant la cohérence interne (Coefficient Alpha à 0,93 pour RFL-A total et variant entre 0,88 et 0,91 pour les sous échelles avec un test-retest a 0,87 à deux semaines) et la validité convergente et discriminante. Cette publication est également la première à confirmer les bonnes qualités psychométriques du RFL-A sur une population non nord américaine.

La traduction française avec validation des propriétés psychométriques du RFL-A a été effectuée par Labelle et al. (59). Pour rappel cette équipe Québécoise s'était déjà attelée à la traduction et à la validation d'une version francophone du RFL (52). Afin de mener à bien ce projet ils ont eu recours à une étude sur deux groupes : Un groupe « communautaire » constitué de 283 lycéens francophones de Montréal (120 filles / 163 garçons) âgés de 14 à 17 ans ; et un groupe « clinique » de 146 adolescents (96 filles / 50 garçons) âgés de 13 à 17 ans, consultant au sein de la clinique de l'humeur de l'hôpital Rivière des Prairies de Montréal.

Cette traduction a été opérée selon la méthode classique en 3 phases : Une première traduction (forward translation) réalisée par 3 chercheurs bilingues participant à l'étude ; puis une double retraduction (Back translation) par 2 traducteurs professionnels (Canadien et Britannique) avec comparaison des deux versions ; enfin une phase de pré-test effectuée sur 10 adolescents du groupe « communautaire » afin d'évaluer la compréhensibilité et la validité interculturelle.

Le questionnaire ainsi traduit a ensuite été testé auprès des 2 groupes décrits précédemment. Les auteurs ont ainsi confirmé la cohérence interne de l'outil avec des Alpha de Cronbach compris entre 0,90 et 0,93 dans le groupe « communautaire » et entre 0,93 et 0,95 dans le groupe « clinique ». Des analyses factorielles exploratoires ont ensuite testé la validité du construit avec des résultats similaires à ceux d'Osman et al. (57). Enfin les validités convergentes et discriminantes ont été confirmées à partir de 3 questionnaires validés : Life Event Questionnaire for Adolescent (LEQ-A), Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II) et Beck Hopelessness Scale (BHS)

5/ Rationnel de l'étude :

A la lumière de ce survol de la problématique trois questions s'imposent :

Tout d'abord, bien qu'il soit couramment utilisé en pratique clinique (particulièrement outre atlantique), et souvent intégré au sein de batteries de test lors de certains protocoles, la littérature est pauvre concernant l'étude spécifique des résultats du RFL-A, cette remarque est encore plus pertinente concernant les publications francophones.

La validation de la traduction Française du RFL-A par Labelle et al. est assez récente, de fait, aucun article Francophone concernant l'utilisation du RFL-A (Inventaire de Raison de Vivre pour Adolescent ; IRV-A) n'est encore référencé dans les principales bases de données d'articles scientifiques. De nombreux retours très positifs sur son expérimentation en clinique courante existent cependant mais principalement sur des populations canadiennes.

Dans ce contexte il paraissait donc essentiel d'apporter une nouvelle expérience de l'utilisation de cette échelle sur un échantillon d'adolescents, regard d'autant plus inédit qu'il est porté sur un échantillon français.

De plus la littérature, qu'elle concerne le RFL ou le RFL - A, s'est systématiquement intéressée à valider les propriétés psychométriques et à étudier la capacité de l'outil à discriminer les patients suicidaires des non suicidaires. Tout au plus certains auteurs se sont aventurés à comparer les résultats aux sous échelles entre les groupes suicidant et non suicidant. L'idée qu'il puisse exister des profils particuliers de raison de vivre indépendamment de la variable « suicide » n'a pas encore été explorée.

Pourtant Osman et al. (57) laissent entrevoir des résultats encourageants à ce sujet. Dans la phase quatre de leur étude comparant trois groupes : (a) Patients suicidant hospitalisés en psychiatrie (n=71), (b) Patients non suicidant hospitalisés en psychiatrie (n=72) et (c) Témoins non suicidant non hospitalisés (n=71), ils démontrent, bien que cela n'ait pas été leur but initial, qu'au sein des deux groupes « non suicidant » les adolescents témoins avaient des scores plus élevés que les adolescents hospitalisés en psychiatrie au RFL-A total ainsi qu'aux sous échelles (à l'exception de SRC). Ce résultat suggère une forme de vulnérabilité chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie, or si les détails des diagnostics des adolescents au sein de ce groupe n'étaient pas spécifiés on peut supposer qu'un nombre non négligeable d'entre eux souffrait de troubles de la personnalité. Au-delà même de cette conjecture ce résultat prouve quoiqu'il en soit qu'il existe bien des variabilités du RFL-A indépendamment de la variable « suicide ».

Enfin, concernant l'utilisation de questionnaire de raison de vivre chez les patients souffrant de TPL, la littérature fait, là encore, cruellement défaut. Seul Rietjijk et al. (60) font état de l'utilisation du RFL sur un échantillon de 38 femmes (18-70 ans) atteintes de TPL. Leur objectif était de déterminer la solidité du RFL en tant qu'indicateur de passage à l'acte auto-vulnérant au sein de cette population. Leurs conclusions les amenaient à penser qu'à cet effet les échelles de coping étaient préférables. Toutefois nous l'avons vu le RFL-A et le RFL sont assez différents dans leur critériologie, de plus la sémiologie même du TPL à l'adolescence a ses particularités, si certaines comparaisons sont possibles, il reste très hasardeux de s'aventurer à des extrapolations de ces résultats chez l'enfant.

Au-delà de cette remarque, Riettjijk et al. ont comme la plupart des auteurs focalisé leur attention sur les caractéristiques discriminatives du RFL-A concernant la variable « passage à l'acte ». Une fois de plus l'idée qu'il puisse exister différents profils de raisons de

vivre indépendamment de la variable suicide mais dépendamment de la présence ou non d'un TPL n'a pas été explorée.

Nous l'avons vu le TPL possède des particularités sémiologiques et psychopathologiques propres, il nous a semblé pertinent de se demander en quoi ces particularités pouvaient influencer la capacité de ces adolescents à élaborer des raisons de vivre. Knafo et al. (61), à partir de la même cohorte que la nôtre, ont déjà mis en avant des différences concernant les profils de coping entre adolescents TPL et non TPL. Ils ont ainsi démontrés que les adolescents TPL développaient de façon significative le style de coping non productif par rapport aux adolescents non TPL, mettant en place les stratégies suivantes (par ordre de significativité décroissante) : S'accuser, utiliser des moyens violents pour faire baisser la tension, garder pour soi, ne rien faire, s'inquiéter et ignorer le problème.

Alors que le problème du passage à l'acte suicidaire est central chez les patients TPL, mettre en avant une vulnérabilité accrue concernant les raisons de vivre constituerait en soi une avancée dans les tentatives d'expliquer le fait que ces derniers aient un risque suicidaire plus élevé que les adolescents non TPL.

Au-delà de ces considérations concernant le RFL-A total, dresser un profil de raison de vivre parait être une manière innovante de mettre en avant les spécificités des adolescents TPL et donc, en comprenant ces spécificités, à la lumière des particularités psychopathologiques et sémiologiques, d'envisager la possibilité de modifier notre manière d'aborder cette problématique et les solutions thérapeutiques qui en découlent. Ainsi, si nos stratégies de prise en charge de la crise suicidaire chez les adolescents non TPL ont fait leurs preuves, sont-elles tout aussi efficientes avec des adolescents dont le profil est potentiellement différent. Est-il plus important chez eux de s'appuyer sur les pairs, sur la famille, sur la capacité à élaborer le futur, sur l'auto-acceptation ou sur les inquiétudes concernant le suicide ?

C’est dans le but d’éclairer ces questions que nous avons conduit notre démarche. Le design de l’étude s’attachait à répondre aux trois problématiques précédemment évoquées :

- Une étude sur les raisons de vivre en population adolescente française utilisant le RFL-A.
- Une population entièrement constituée d’adolescents suicidant afin de s’affranchir de la variable « suicide »
- Un groupe « TPL » Vs un groupe « non TPL » afin de s’intéresser à l’effet de la présence ou non d’un TPL sur les score au RFL-A total et aux sous échelles.

II/ MATERIEL ET METHODES :

1 / Objectifs de l'étude :

Notre dessein était d'étudier les spécificités dans l'élaboration de raison de vivre chez des adolescents suicidant souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite (TPL) ou Borderline Personality Disorder (BPD), par rapport à un échantillon d'adolescents suicidant sans trouble de personnalité sous jacent.

L'objectif principal de l'étude était donc de déterminer s'il existait une différence significative sur les scores à l'échelle RFL-A entre les groupes TPL et non TPL.

L'objectif secondaire était d'analyser les résultats aux 5 sous échelles du RFL-A (FO, SRC, FA, PAS, SA) et de déterminer si il existait des différences significatives entre les 2 groupes (TPL et non TPL). L'idée étant de mettre en avant des différences de profils d'élaboration de raison de vivre entre les adolescents TPL et ceux sans trouble de personnalité sous-jacent.

Notre étude constitue une analyse corrélationnelle et comparative intermédiaire des données d'une étude multicentrique, prospective en cours intitulée : *« Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence ».* Les objectifs de cette étude étaient :

- Comparer l'effet de la prise en charge post-hospitalière par la même équipe ou une équipe différente sur la compliance au suivi thérapeutique.
- Etudier les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire et de réitération, notamment les conduites addictives, les pathologies limites et l'impulsivité/hostilité.
- Etudier les facteurs protecteurs de passage à l'acte suicidaire et de réitération, notamment les raisons de vivre, les stratégies de coping, et la spiritualité.
- Etudier la relation entre compliance et reiterations; les facteurs prédictifs de compliance (continuité) et les facteurs de risque de réitération suicidaire

C'est donc le 3ème de ces objectifs et plus particulièrement la dimension « raison de vivre » qui sera l'objet de notre propos.

2/ Centres d'investigations :

Le protocole prévoyait 3 centres investigateurs : Amiens, Rouen et Nouvelle Forge (Creil)

- **Consultation de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Amiens**
  Responsable: Pr Jean Marc Guilé
  Investigateurs : S. Garny de La Rivière (Interne)
- Département de Pédiatrie Médicale, Hôpital d'enfants. CHU de Rouen
  Responsable de la recherche : Pr Priscille Gérardin
  Investigateurs: Dr Vincent Belloncle, Dr Anne Cécile Peuch, Dr Sophie Leclerc
- Établissement Privé en Santé Mentale La Nouvelle Forge, Creil
  Responsable : Jean Marc Guilé, praticien hospitalier.
  Investigateurs : Nathalie Bapt-Cazalets, praticien hospitalier et Véronique Fretter

Nb : Amiens et Rouen ont fournis 80% de l'effectif (n=194 patients)

3/ Présentation du laboratoire :

Le Groupe de Recherche sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale (GRAMFC ; INSERM U1105) est une équipe dirigée par Le Pr Wallois au sein du CHU d'Amiens et de l' Université de Picardie Jules Verne (UPJV).

L'objectif de cette équipe est l'analyse multimodale de la fonction cérébrale. L'idée est d'étudier de manière intégrée trois éléments de base de la fonction cérébrale :

- l'activité cérébrale électrique
- l'activité cérébrale métabolique
- la rhéologie (ou hydrodynamique) cérébrale

Le laboratoire regroupe plusieurs structures hospitalières et universitaires : Services Hospitaliers de Biophysique, d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, d'Imagerie

Médicale, de Radiologie ; Laboratoires Universitaires de Neurophysiologie Clinique et Expérimentale, Génie Biophysique et Médical. L'équipe est constituée d'enseignants chercheurs, d'ingénieurs et de praticiens hospitaliers

Depuis Janvier 2013 le GRAMFC intègre une équipe de recherche clinique sur la thématique : « cognition et psychopathologie ».

4/ Critères d'inclusion :

Pouvaient être inclus les adolescents admis après une tentative de suicide dans les services de pédiatrie des trois centres investigateurs, garçons et filles, entre 11 et 18 ans.

Les critères retenus pour qualifier le motif d'hospitalisation de tentative de suicide, étaient ceux décrits dans la définition donnée par l'OMS (Le suicide des jeunes. UNICEF. Genève 1996) de la tentative de suicide ou parasuicide ; ainsi nous considérions comme une tentative de suicide *« tout acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto infligées ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire. »*

5/ Critères d'exclusion :

- Adolescent habitant hors des secteurs géographiques des hôpitaux participants
- Adolescent ne bénéficiant pas de régime de sécurité sociale.

6/ Durée de l'étude :

Les inclusions ont débutées en Novembre 2010 et sont toujours en cours.

L'analyse qui nous concerne porte sur la période de Novembre 2010 à Octobre 2014.

7/ Information et consentements :

Tout les patients répondant aux critères d'inclusions se sont vu remettre ainsi qu'à leur parents une note d'information expliquant le protocole. Ces informations ainsi que d'éventuelles questions ont par ailleurs été reprises au cours d'un entretien entre l'enfant, ses parents et l'investigateur.

Après un délais de réflexion, l'enfant et ses parents, s'ils acceptaient de participer à l'étude signaient un consentement en 3 exemplaires originaux, le premier devant être gardé 15 ans par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement, et le troisième transmis au promoteur de la recherche.

L'ensemble de ces documents est fourni en annexe.

8/ Schéma de l'étude :

Pour chaque adolescent le protocole était le suivant :

Au cours de son hospitalisation (5 jours en moyenne) :

- Recueil des **données socio-démographiques** (questionnaire standardisé).
- Passation de l'entretien semi structuré (**K-SADS PL**) et de la **grille de suicidalité de Posner** par l'investigateur
- Passation des échelles BDI, BHS, TCI-56, DEP-ADO, **AB-DIB**, **RFL-A**, évenements de vie, coping (ACS), spiritualité de Delaney, RSQ-ADO. Pour ces auto-questionnaires, les données étaient recueillies directement sur un ordinateur portable. Les adolescents étaient accompagnés par l'investigateur ou un soignant de l'équipe de recherche afin de les aider en cas de difficultés techniques ou de compréhension, ou si une réaction de légère anxiété accompagnait la passation.

Un protocole d'évaluation du suivi était ensuite mis en place :

Lors d'un rendez-vous à six mois en présence des parents:

- Nouvelle passation des échelles de Beck de désespoir et de dépression, de la Grille de suicidalité de Posner.
- Questionnaire d'adhésion au suivi à 6 mois rempli par l'investigateur.

Lors d'un rendez-vous à un an en présence des parents:

- Nouvelle passation des échelles de Beck de désespoir et de dépression, de la Grille de suicidalité de Posner.
- Questionnaire d'adhésion au suivi à un an rempli par l'investigateur.

Les données issues de ce protocole de suivi à 6 mois et un an ne nous concerneront pas pour la présente étude, mais il est prévu à terme de croiser les résultats aux scores RFL-A avec les informations récoltées au cours de ce suivi (notamment la notion de récidive suicidaire).

9/ Outils d'évaluation :

Par souci de commodité nous ne présenterons ici que les outils nécessaires à notre étude.

a. Questionnaire sociodémographique :

Les données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé joint en annexe. Les informations collectées concernent l'adolescent (Date de naissance, sexe), sa scolarité (Type et niveau de scolarité, redoublement) et son milieu de vie (Avec qui vit-il ? Nombre d'enfants et rang dans la famille biologique).

b. Entretien semi structuré (K-SADS PL) :

Afin de permettre une évaluation diagnostique psychiatrique à l'axe I selon les critères du DSM-IV, nous avons eu recours à un entretien semi structuré joint en annexe*: l'Echelle des troubles de l'humeur et de la schizophrénie pour les enfants et adolescents d'âge scolaire, Version épisode présent et passé (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version: K-SADS PL)*. Cet entretien devait être réalisé par investigateur préalablement formé, la durée de passation est d'environ 1h30. Les qualités psychométriques de cet outil ont été mis en évidence par Lauth et al. en 2010 (62) (fiabilité interjuges : 93 à 100 % ; test-retest : 0,74 à 0,90).

c. Ab-DIB :

Le groupe « Trouble de Personnalité Limite (TPL) » était défini par l'utilisation de *l'Abbreviated Diagnostic Interview for Borderlines (Ab-DIB)* joint en annexe.

Le DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline – Revised) est un instrument développé par Gunderson et al. et utilisé internationalement dans de nombreuses études sur les TPL, y compris chez l'adolescent. Il a été adapté pour l'identification des TPL dans la population adolescente avec un très bon accord interjuge (63,64). Il s'agit d'un hétéro-questionnaire de 136 questions divisées en 4 sections (Affectivité-émotions ; Cognitions ; Impulsivité ; Relation). Pour chaque question l'évaluateur cote la réponse entre 0 et 2 (0= Non, 1= Probable ; 2= Oui), puis les scores sont additionnés pour chaque sections et ramenés sur une échelle de 0 à 2 ou de 0 à 3 selon des directives de conversions précises. Enfin les scores pondérés des 4 sections sont additionnés afin d'obtenir un score finale sur une échelle de 0 à 10. Un score supérieur ou égal à 7 est généralement indicatif de la présence d'un TPL.

Une version abrégée de ce questionnaire, l'Ab-DIB (Abbreviated-DIB), a été mise au point par Guilé et al (65). Cet auto-questionnaire de 24 items couvre les composantes affectives, cognitives et impulsives du TPL. Il présente une très bonne fiabilité et une bonne validité convergente avec le DIB-R.

On dispose de normes en population clinique francophone permettant le dépistage du trouble. Nous avons utilisé ces normes pour constituer notre groupe TPL.

Ainsi,

Pour: 12 ≤ âge > 14: l'adolescent était inclut au groupe TPL si Ab-DIB>12

Pour: 14 ≤ âge > 18: l'adolescent était inclut au groupe TPL si Ab-DIB>15

La durée de passation est inférieure à 10 minutes.

d. RFL-A :

Les raisons de vivre étaient évaluées à l'aide du *Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A) ou Inventaire de Raison de Vivre (IRV)* joint en annexe.

Cet outil, développé et validé par Osman et al. (57) en 1998, évalue les croyances qui mènent un adolescent à vouloir vivre et ne pas poser un geste suicidaire. Le questionnaire comprend 32 items regroupés en 5 sous-échelles, à savoir : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Familly Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA).

La consignes donnée est la suivante: *« Imagine qu'une personne de ton âge pense à se suicider et se confie à quelqu'un. Ce questionnaire énumère des raisons précises qu'une personne peut avoir de rester en vie lorsqu'elle pense à se suicider. Lis attentivement chacun des énoncés et choisis le chiffre qui décrit le mieux quelle importance tu accordes à chacune de ces raisons de ne pas se suicider. Utilise l'échelle ci-dessous et entoure le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé. Considère toutes les possibilités de réponses afin de ne pas choisir seulement les chiffres au milieu (2, 3, 4, 5) ou aux extrémités ».* L'adolescent est ainsi appelé à coter une série de propositions, par exemple la Peur du Suicide (PS) rassemble des items du type *« Ce serait douloureux et effrayant de s'enlever la vie, On a peur de mourir, alors on ne pense pas à se tuer, La pensée de se tuer nous effraie, On serait effrayé ou apeuré de faire des plans pour se tuer… »*

Chaque item est coté sur une échelle de type Likert en six points allant de 1 (raison de vivre pas du tout importante) à 6 (raison de vivre tout à fait importante). Un score global est obtenu, et un score moyen (sur 6) pour chaque sous-échelle est calculé.

Les qualités psychométriques de cet inventaire furent l'objet d'une excellente étude menée par Osman et al. (57) et décrite dans la partie introduction.

Le RFL-A à été traduit et validé par Labelle et al. (59) qui avaient déjà procédé à la traduction du RFL (52).

La durée de passation est d'environ 5 minutes.

e. Autres questionnaires

Nous énumèrerons ici les autres questionnaires administrés dans l'étude principale mais n'entrant pas en compte dans notre analyse :

Grille de suicidalité de Posner

BDI II : Beck Depression Inventory II : Echelle de depression

BHS : Beck Hopelessness Scale : Echelle de désespoir

TCI-56 : Inventaire du caractère et du tempérament

DEP-ADO : Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents.

Questionnaire des évènements de vie de Newcomb

ACS : Adolescent Coping Scale : Evalue les capacités de coping des adolescents.

Echelle de spiritualité de Delaney

RSQ-ADO : Relationship Styles Questionnaire : Caractérise les relations de l'adolescent avec les autres

Questionnaire d'Eysenck : Evaluation de l'impulsivité

Inventaire d'Hostilité de Buss-Durkee

Questionnaire d'évaluation du suivi mis en place : rempli par l'investigateur après interrogatoire de l'adolescent, durant un entretien ayant lieu 6 mois et un an après la sortie d'hospitalisation. Evalue l'observance au suivi, ainsi que sa durée et sa fréquence. Il est également demandé à l'adolescent et à ses parents leurs impressions sur l'intérêt du suivi engagé.

10/ Analyse statistique :

Pour l'analyse descriptive de la population de l'étude les effectifs, et pourcentages ont été calculés et présentés.

Pour chaque individu nous disposions d'un score sur 6 pour le RFL-A total et pour chaque sous échelle. Nous avons calculé pour les groupes « TPL » et « non TPL » les scores moyens avec écart type au RFL-A total et à chaque sous échelle : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Familly Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA).

Nous avons ensuite comparé ces moyennes entre les échantillons à l'aide d'un test de Student avec calcul du « p ».

Enfin, afin d'explorer l'effet potentiellement variable confondante de la présence ou non d'une dépression sur les scores RFL-A, nous avons effectué pour le RFL-A total et pour chaque sous-échelle une comparaison des moyennes des scores en fonction du statut pour la dépression (défini par le K-SADS PL) grâce à un test de Student avec calcul du « p ».

Nous avons ensuite eu recours à un test exact de Fisher afin de tester l'association entre ces deux variables qualitatives binaires (dépression et TPL).

Les scores moyens avec dérivation standard, les résultats des tests de Student (t) avec p et les résultats du test exact de Fisher (OR et pvalue) sont présentés dans la partie résultats.

Pour toutes les analyses la valeur de p était considérée comme significative si elle était inférieure à 0,05 (La majorité de nos résultats obtenant même un $p < 0,01$)

III/ RESULTATS :

1/ Caractéristiques générales de la population

242 adolescents ont été inclus sur l'ensemble du projet, pour 19 adolescents les données concernant le RFL-A étaient incomplètes ou manquantes ce qui ramenait notre échantillon à **223 Adolescents**.

La population comptait 182 filles (81,6%) et 41 garçons (18,4%), soit un sex ratio (M/F) de 0,22. L'âge était compris entre 11 et 17 ans, avec une moyenne d'âge de 14,8 ans (écart type = 1,4).

Notre échantillon comptait une majorité de patients souffrant d'un TPL soit : 146 individus (65,5%) au sein du groupe « TPL » contre 77 (34,5 %) pour le groupe « non TPL »

Le sex ratio observé dans la population totale se retrouvait dans les deux groupes. Avec des valeurs à 0,22 dans le groupe « TPL » et 0,24 dans le groupe « non TPL »

L'âge moyen était de 14,7 ans (écart type = 1,32) dans le groupe « TPL » contre 14,9 ans (écart type = 1,34) dans le groupe « non TPL »

Une grande majorité des adolescents vivaient chez 1 ou 2 des parents (92,8%) que ce soit dans le groupe « TPL » (92,5%) ou « non TPL » (93,5%) ; seul 7,1% vivait en foyer ou en famille d'accueil (7,5% TPL et 6,5% non TPL)

Parmi ceux vivant chez un ou deux de leurs parents on retrouvait 47,8% d'adolescent vivant avec leurs deux parents biologiques soit 52,2% vivant soit en garde partagée soit avec leur père ou leur mère seul(e) ou accompagné(e) d'un conjoint(e).

L'analyse des groupes obtenait : pour le fait de vivre avec ses deux parents biologiques 54,2% des « non TPL » et 44,4% des « TPL », soit pour le fait de vivre soit en garde partagée soit avec le père ou la mère seul(e) ou accompagné(e) d'un conjoint(e) : 45,8% des « non TPL » et 55,6% des « TPL ».

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon figurent au tableau 1

Tableau 1. Caractéristiques de la population :

	Non TPL (n = 77)	TPL (n = 146)
Garçons *n, (%)*	15 (19,5%)	26 (17,8%)
Filles *n, (%)*	62 (80,5%)	120 (82,2%)
Vivant avec ses 2 parents biologiques *n, (%)*	39 (50,6%)	60 (41,1%)
Vivant avec sa mère seulement *n, (%)*	22 (28,6%)	30 (20,5%)
Vivant avec sa mère et son conjoint *n, (%)*	4 (5,2%)	22 (15,1%)
Vivant avec son père seulement *n, (%)*	1 (1,3%)	8 (5,5%)
Vivant avec son père et sa conjointe *n, (%)*	3 (3,9%)	6 (4,1%)
Vivant en garde partagée *n, (%)*	3 (3,9%)	9 (6,2%)
Vivant dans une famille d'accueil *n, (%)*	1 (1,3%)	4 (2,7%)
Vivant dans un foyer *n, (%)*	4 (5,2%)	7 (4,8%)

Concernant l'ensemble de la population les 3 diagnostics les plus fréquents retenus par le KSADS-PL étaient :

- Trouble dépressif majeur
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
- Consommation de tabac

Venaient ensuite par ordre de fréquence décroissante : le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble dépressif non spécifique, le trouble anxiété de séparation, les phobies spécifiques et agoraphobies, la consommation de substances psychotropes (très largement dominée par la consommation de cannabis)…

L'analyse des groupes « TPL » et « non TPL » retrouvait la même tendance concernant les trois premiers diagnostics. En revanche derrière ces trois pathologies on notait certaines différences entre les deux groupes :

- Chez les « TPL » on observait un fort contingent de trouble oppositionnel avec provocation, trouble anxiété de séparation, consommation de substance psychotropes, trouble dépressif non spécifique, agoraphobie/phobies spécifiques, et trouble des conduites.

- Chez les « non TPL » c'était plutôt le trouble dépressif non spécifique et les agoraphobies/phobies spécifiques qui constituaient la majorité des autres diagnostics.

La surreprésentation des « TPL » dans les diagnostics reflète principalement leur surreprésentation dans l'effectif général mais est également certainement en partie due à la sur-comorbidité déjà connue des patients TPL. L'exemple est notamment particulièrement parlant en ce qui concerne la consommation de tabac, alcool et substances psychotropes pour lesquels les « TPL » constituent la quasi-totalité de l'effectif.

L'ensemble des diagnostics KSADS pour l'effectif complet et pour chacun des groupes est présenté dans les figures 1 et 2

Légende des Fig.1 et 2 :

q1. Trouble dépressif majeur (TDM)
q2. Dépression mélancolique
q3 Trouble dysthymique
q4. Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
q5. Trouble dépressif non spécifique
q6. Caractère saisonnier
q7. Dépression avec caractère atypique
q8. TDM avec caractéristiques psychotiques
q9. Trouble schizo-affectif type dépressif
q10. Episode maniaque
q11. Episode hypomaniaque
q12. Cyclothymie
q13. Trouble schizo-affectif type maniaque
q14. Trouble bipolaire non spécifique
q15. Sous type trouble bipolaire
q16. Schizophrénie
q17. Trouble schizophreniforme
q18. Trouble psychotique bref
q19. Trouble panique
q20. Trouble anxiété de séparation
q21. Phobie sociale
q22. Agoraphobie et phobies spécifiques
q23. Trouble anxieux généralisé
q24. Trouble obsessionnel compulsif
q25. Enurésie
q26. Encoprésie
q27. Anorexie mentale
q28. Boulimie
q29. Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention
q30. Trouble oppositionnel avec provocation
q31. Trouble des conduites
q32. Syndrome de Gilles de La Tourette
q33. Tics chroniques moteurs ou vocaux
q34. Tics transitoires moteurs ou vocaux
q35. Tabac*
q36. Alcool*
q37. Substances psychotropes*
q38. Etat de stress post-traumatique
q39. Etat de stress aigue

* = Consommation régulière (cf annexe pour critères diagnostiques)

Figure 1 :

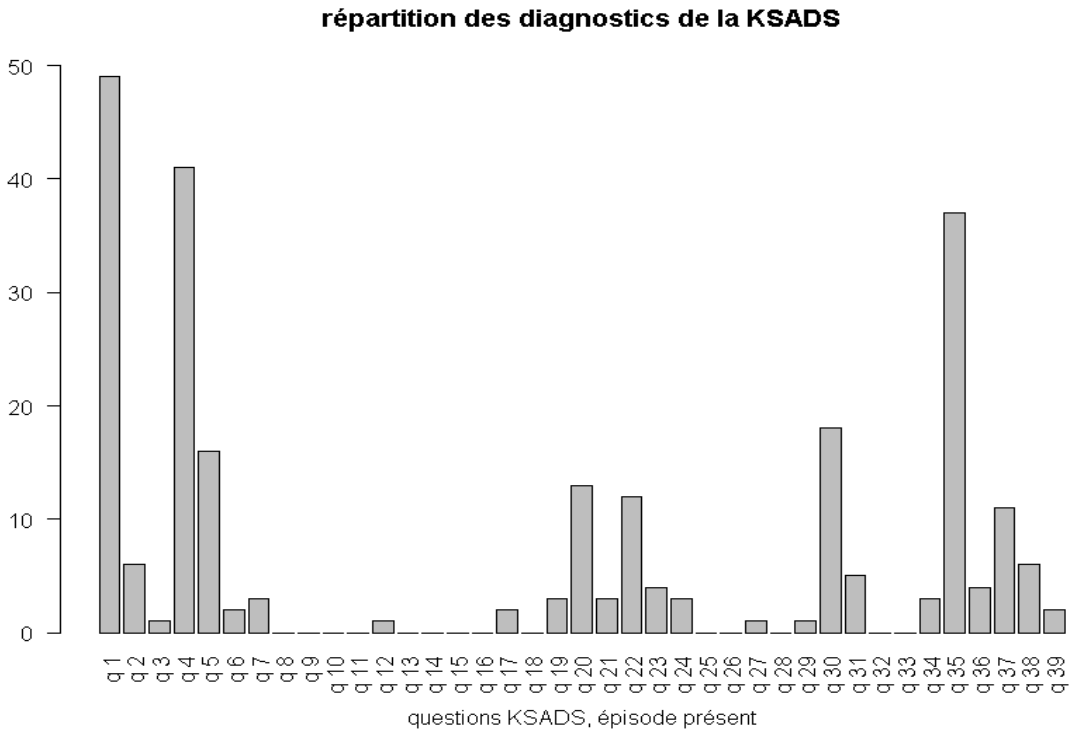
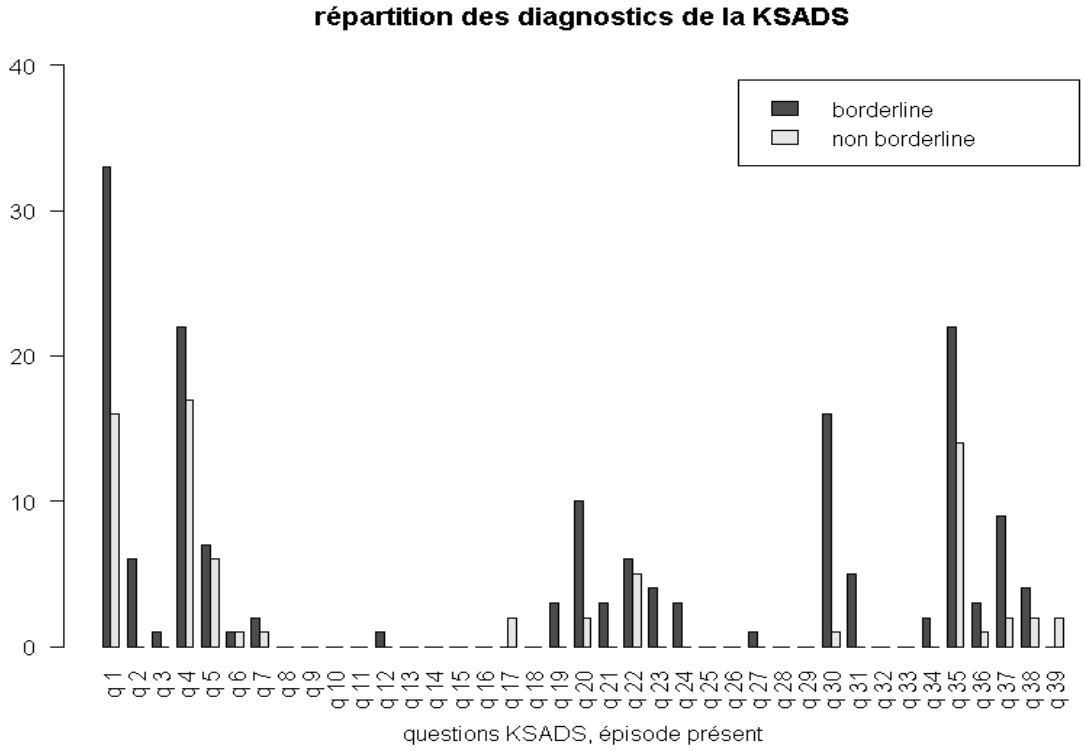


Figure 2 :



2/ Scores au RFL-A total :

Concernant l'échelle RFL-A, le score moyen (sur 6) obtenu par le groupe « non TPL » était de 4,4 (+/- 0,9) contre 3,7 (+/- 1,1) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un $t = 4,87$ ($p < 0,001$) permettant de rejeter l'hypothèse nulle et donc d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

3/ Scores aux cinq sous échelles RFL-A :

a. Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) :

Le score moyen (sur 6) obtenu par le groupe « non TPL » était de 4,5 (+/- 1) contre 3,9 (+/- 1,3) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un $t = 4,30$ ($p = 0,0017$) permettant d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

b. Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) :

Le score moyen obtenu par le groupe « non TPL » était de 4 (+/- 1,4) contre 2,9 (+/- 1,4) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un $t = 5,82$ ($p < 0,001$) permettant d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

c. Liens Familiaux (LF) ou Familly Alliance (FA) :

Le score moyen obtenu par le groupe « non TPL » était de 4,6 (+/- 1) contre 4,1 (+/- 1,3) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un t = 2,93 (p = 0,004) permettant d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

d. Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) :

Le score moyen obtenu par le groupe « non TPL » était de 4,7 (+/- 0,9) contre 4,2 (+/- 1,3) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un t = 3,03 (p = 0,003) permettant d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

e. Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA) :

Le score moyen obtenu par le groupe « non TPL » était de 4,3 (+/- 1,1) contre 3,5 (+/- 1,3) pour le groupe « TPL ».

Le test de Student retrouvait un t = 5,11 (p < 0,001) permettant d'affirmer que les moyennes entre les 2 échantillons différaient significativement.

Au total le groupe « TPL » obtient des scores significativement inferieurs au groupe « non TPL » pour chacune des sous échelles. Les deux groupes diffèrent le plus sur les échelles « Peur du Suicide » (t = 5,82 ; p < 0,001) et « Confiance en Soi » (t = 5,11 ; p < 0,001)

Les scores moyens avec écart type, ainsi que les « t » avec p pour les deux groupes sont présentés au tableau 2. Des comparatifs des scores moyens et des « t scores » sont illustrés aux figures 3 et 4. Enfin un comparatif des profils de raisons de vivre à partir scores moyens au RFL-A est présenté en figure 5.

Tableau 2. Comparaison des scores RFL-A total et sous échelles (Moyenne et « t ») entre groupe « non TPL » et « TPL »

	Non TPL		TPL			
	N	**Moyenne (SD)**	**N**	**Moyenne (SD)**	**t**	**p**
Espérance face au Futur (EF)	77	4,5 (+/- 1)	146	3,9 (+/- 1,3)	4,30	< 0,001
Peur du Suicide (PS)	77	4 (+/- 1,4)	146	2,9 (+/- 1,4)	5,82	< 0,001
Liens Familiaux (LF)	77	4,6 (+/- 1)	146	4,1 (+/- 1,3)	2,93	0,004
Acceptation par les Pairs et Soutient (APS)	77	4,7 (+/- 0,9)	146	4,2 (+/- 1,3)	3,03	0,002
Confiance en Soi (CS)	77	4,3 (+/- 1,1)	146	3,5 (+/- 1,3)	5,11	< 0,001
RFL-A total	**77**	**4,4 (+/- 0,9)**	**146**	**3,7 (+/- 1,1)**	**4,87**	**< 0,001**

Figure 3. . Comparaison des scores moyens RFL-A total et sous échelles entre groupe « non TPL » et « TPL »

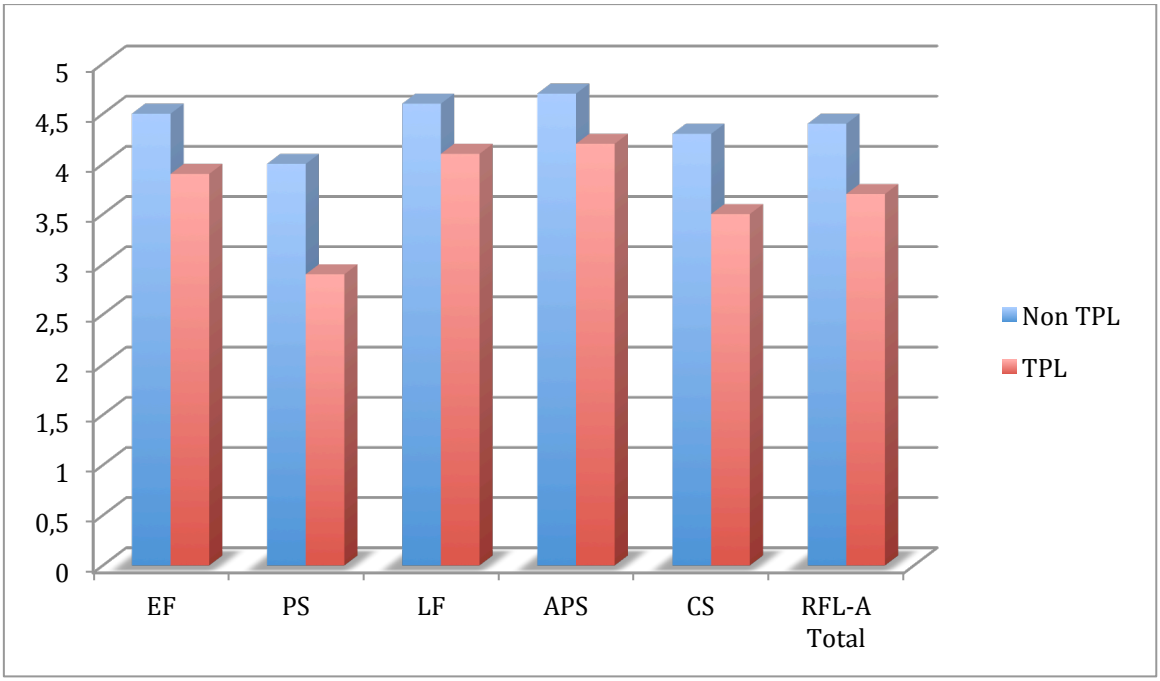


Figure 4. Comparaison des « t scores » RFL-A total et sous échelles entre groupe « non TPL » et « TPL »

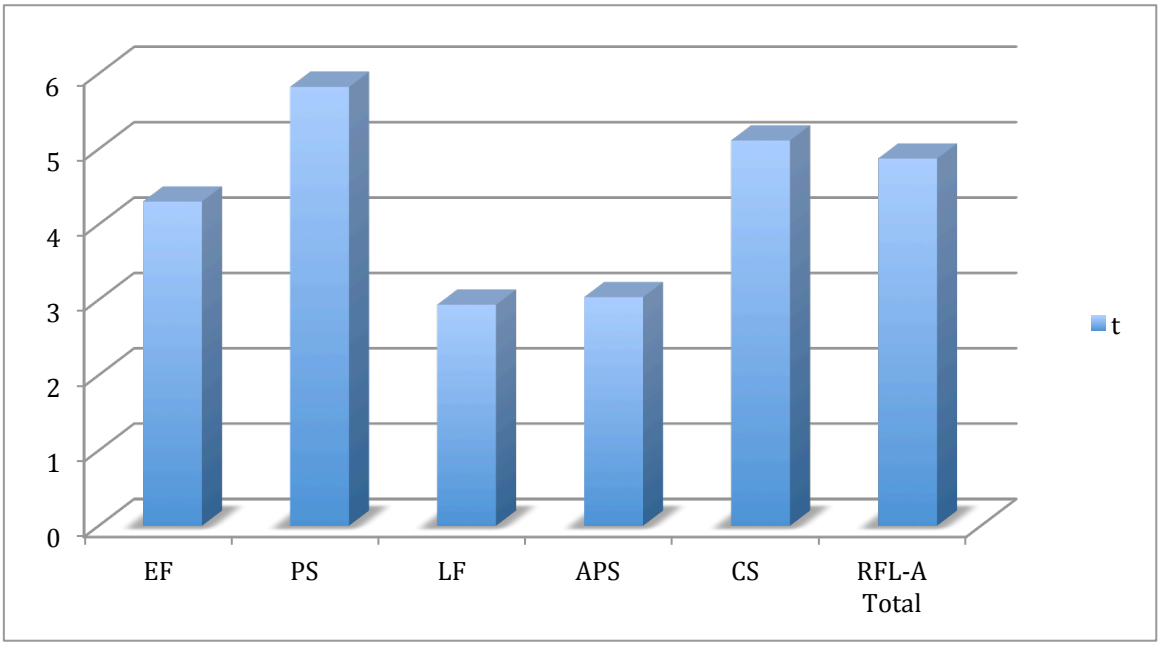
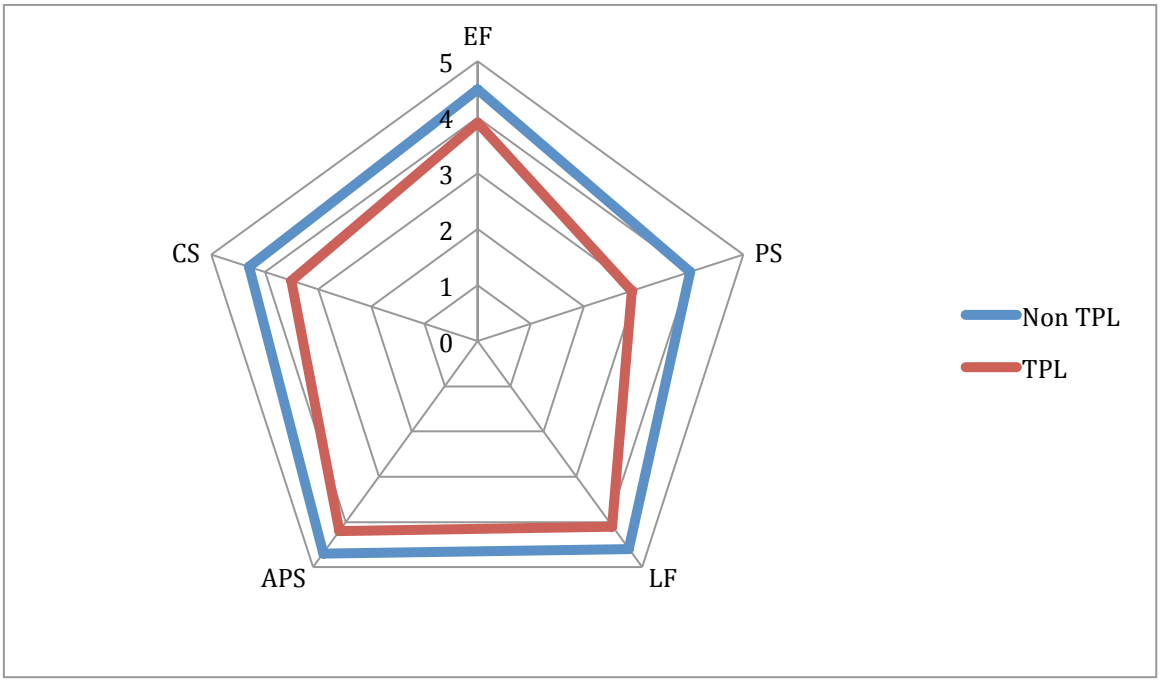


Figure 5. « Profil de raison de vivre » en fonction du statut TPL ou non :



Pour rappel :

EF : Espérance face au Futur

PS : Peur du Suicide

LF : Liens Familiaux

APS : Acceptation par les Pairs et Soutient

CS : Confiance en Soi

4/ Effet de la dépression sur le scores au RFL-A :

Afin d'explorer le potentiel effet variable confondante de la présence ou non d'une dépression sur les résultats, nous avons effectué pour le RFL-A total et pour chaque sous-échelle une comparaison des moyennes des scores en fonction de la présence ou non d'un épisode dépressif en cours.

Le diagnostic d'épisode dépressif était posé par le K-SADS PL. Les diagnostics retenus étaient :

q1. Trouble dépressif majeur (TDM)

q2. Dépression mélancolique

q3 Trouble dysthymique

q4. Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

q5. Trouble dépressif non spécifique

q6. Caractère saisonnier

q7. Dépression avec caractère atypique

q8. TDM avec caractéristiques psychotiques

Les résultats sont présentés au tableau 3.

	Non déprimé		Déprimé			
	N	**Moyenne (SD)**	**N**	**Moyenne (SD)**	**t**	**p**
Espérance face au Futur (EF)	58	4,5 (+/- 0,9)	165	4 (+/- 1,3)	2,93	0,004
Peur du Suicide (PS)	58	3,8 (+/- 1,4)	165	3,1 (+/- 1,5)	3,01	0,003
Liens Familiaux (LF)	58	4,6 (+/- 0,9)	165	4,2 (+/- 1,3)	2,66	< 0,001
Acceptation par les Pairs et Soutient (APS)	58	4,7 (+/- 0,9)	165	4,3 (+/- 1,3)	2,90	0,004
Confiance en Soi (CS)	58	4,1 (+/- 1)	165	3,7 (+/- 1,3)	1,97	0,05
RFL-A total	**58**	**4,3 (+/- 0,8)**	**165**	**3,9 (+/- 1,1)**	**3,47**	**< 0,001**

Nous avons ensuite eu recours à un test exact de Fisher afin de tester l'association entre ces deux variables qualitatives binaires (dépression et TPL) :

Pour OR ou F = 1,55 ; IC_{95} [0,80 ; 2,99]

p = 0,2014

La valeur p étant non significative on rejette l'hypothèse d'association des deux variables.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que les variables « dépression » et « TPL » ne sont pas liées concernant les scores au RFL-A total et pour les différentes sous-échelles. Nous pouvons en conclure que la présence ou non d'une dépression ne présentait pas d'effet variable confondante sur les résultats.

IV/ DISCUSSION :

1/ Analyse RFL-A total :

Notre étude à rempli son objectif principal qui était de mettre en évidence une différence significative concernant le score total au RFL-A entre les groupes « TPL » et « Non TPL » (4,4 dans le groupe « non TPL » contre 3,7 dans le groupe « TPL » ; $t = 4,87$; $p < 0,001$)

Ce résultat vient appuyer l'idée selon laquelle, en matière de raison de vivre, les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité limite possèderaient de moins bonnes capacités adaptatives que les autres. Il apporte une nouvelle pierre à l'édifice complexe qu'est la compréhension des passages à l'acte chez les sujets borderline.

Ce score total au RFL-A est assez cohérent avec la littérature : Ainsi Osman et al. (57) obtenaient pour leur échantillon clinique d'adolescents suicidant, un score RFL-A total moyenné de 3,70. Cette population était d'un âge moyen (15,9 ans) comparable au nôtre et retrouvait la même inégalité de genre (sex ratio à 0,44) mais dans des proportions inferieures aux nôtres. A titre de comparaison notre échantillon dans son ensemble (« TPL » et « Non TPL »), obtient un score moyen de 3,94.

2/ Analyse dimensionnelle :

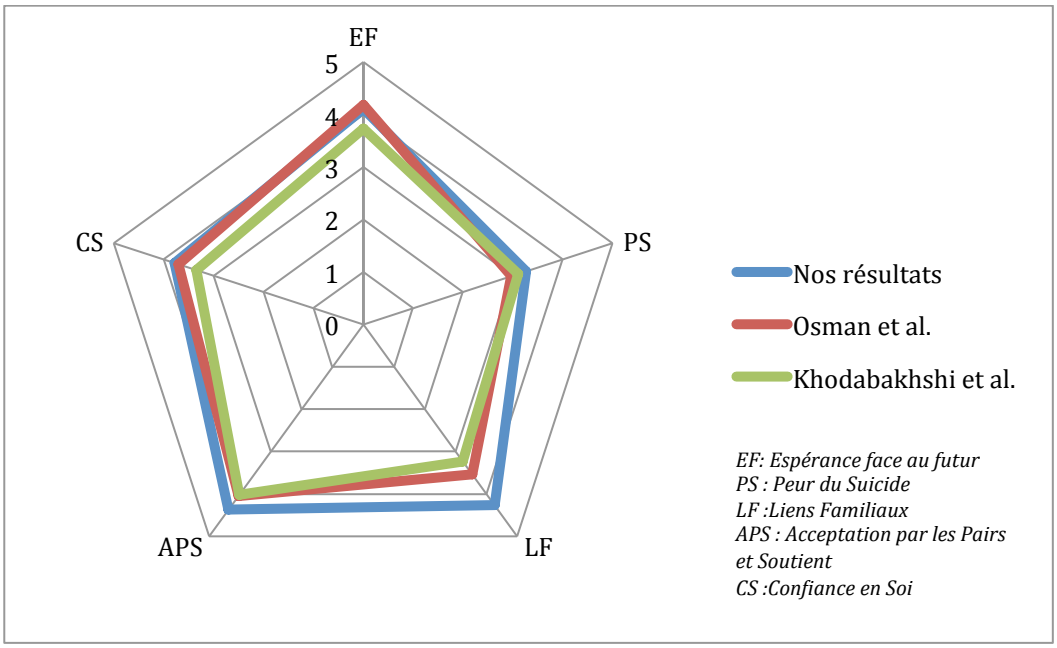
Les échantillons diffèrent de manière significative sur tous les scores aux sous échelles. Cette différence va, à chaque fois, dans le sens d'un score plus élevé pour les patients « non TPL ». Si ces différences sont quantitativement significatives, elle sont globalement assez homogènes et nous ne sommes pas parvenus à isoler un « profil TPL » qui soit dimensionnellement franchement différent de celui des autres adolescents. Toutefois l'analyse des sous échelles reste riche en enseignement.

Tout d'abord notons que l'ensemble de nos adolescents (« TPL » et « non TPL ») présentent leurs scores les plus bas sur les items « Peur du Suicide » (moyenne : 3,27) et « Confiance en Soi » (moyenne : 3,78). Ces résultats sont congruents avec la littérature : les cohortes d'Osman et al. (57) et de Khodabakhshi et al. (58) avaient toutes deux leurs scores les plus bas à la sous échelle « Peur du Suicide ». Concernant « Confiance en Soi » elle arrive (par ordre croissant) en troisième position derrière les liens familiaux pour ces deux auteurs. Les scores moyens aux différentes sous échelles de ces 2 cohortes ainsi que de la nôtre « TPL » + « non TPL ») sont illustrés en figure 6.

Concernant l'utilisation du BRFL-A par Osman et al. (56) et de la forme adaptée aux adolescents du RFL par Pinto et al. (55), les comparaisons doivent être prudentes du fait de la différence des items constituant les questionnaires, mais on peut toutefois noter que là encore la sous échelle « peur du suicide » affichait les scores les plus bas au sein des cohortes d'adolescents passant à l'acte ou avec idéation sévère. Cette sous échelle se positionnait ainsi (par ordre croissant) en première position pour Osman et al. (2,66) et en deuxième position pour Pinto et al. (2,56).

Chez l'adulte (RFL) tout en conservant les mêmes précautions, on peut tout de même observer que cette tendance tendrait à s'amortir : Ainsi la « peur du suicide » n'arrivait qu'en deuxième ou troisième position chez Linehan et al. (41). Dobrov et al. (53) en 2004 viennent confirmer cette impression, notant que les scores « peur du suicide » tendraient à augmenter avec l'âge, observation venant confirmer celle de Miller et al. (66) en 2001.

Figure 6. Comparaison des « profils de raisons de vivre » avec la littérature :



Concernant les scores les plus élevés, nos deux groupes d'adolescents plaçaient en première position (par ordre décroissant) « l'acceptation par les pairs » (APS). Ce résultat se retrouve chez Khodabakhshi et al. (58), et en moindre mesure chez Osman et al. (57) (deuxième position pour un dixième). Il n'est pas possible de retrouver cette tendance dans le reste de la littérature (BRFL-A (56), RFL chez l'adolescent (55) et chez l'adulte (41,53)). En effet l'item s'approchant le plus d'APS dans le BRFL-A et dans le RFL est l'item « Peur de la désapprobation sociale » (Fear of Social Disapproval ; FSD), on comprend aisément que pour l'adolescent ces deux items n'ont rien de semblable, ainsi quand l'acceptation par les pairs renvoi à un phénomène d'appartenance au groupe essentiel à l'adolescence, l'idée de désapprobation sociale renvoi à la « société adulte » à l'égard de laquelle il n'a que défiance. Notons que la « peur de la désapprobation sociale » reste chez l'adulte une sous échelle faiblement notée confirmant l'idée qu'une fois le processus d'individuation terminé le regard des pairs devient nettement moins important.

Au total cette première facette de l'analyse dimensionnelle nous renvoie à deux observations concernant les adolescents suicidant en général : l'importance des pairs et la faible considération pour la mort.

3/ Liens psychopathologiques :

Notre étude avait pour objectif d'étudier les spécificités dans l'élaboration de raison de vivre chez des adolescents suicidant souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite (TPL). Nos résultats viennent formaliser bon nombre d'observations psychopathologiques concernant ce type de patients.

Tout d'abord nous observons que nos adolescents « TPL » sont sur tous les domaines moins bien équipés en capacités adaptatives que les autres adolescents. Cette observation vient confirmer les théories de Linehan. L'adolescent, au cours d'une crise suicidaire, se trouve dans un état émotionnel instable. Un stimulus provoque une émotion qui va moduler les capacités adaptatives. Chez l'adolescent borderline, du fait de l'état de dysrégulation émotionnelle, un même stimulus provoquera une émotion bien plus forte grevant d'autant plus les capacités adaptatives. Ce phénomène se trouve amplifié par l'existence d'un environnement invalidant : le sujet borderline a bien souvent été invalidé dans sa perception de ses propres émotions et cognitions, il a donc tendance à ne pas se fier à ses propres instincts qui lui dictent des raisons de vivre. Parallèlement on peut supposer que certains reflexes ne lui ont pas été inculqués.

Sur un plan psycho-dynamique cette tendance trouve du sens avec les théories de Kernberg sur l'altération de l'expérience de réalité et l'identité diffuse. L'altération de l'épreuve de réalité conduit l'adolescent dans les moments les plus émotivement chargés à sur-réagir. La perception contradictoire qu'il a de lui même et des autres le conduit à rencontrer de grandes difficultés dans la compréhension de ses idées, ses sentiments et ses gestes mais aussi dans l'identification des sentiments d'autrui. Dans ce bouillonnement émotionnel le jeune ne peut faire confiance aux stratégies « classiques » d'anxiolyse, par exemple l'élaboration de raison de vivre. L'agir est le seul recours jusqu'ici trouvé pour faire baisser la tension, la seule solution est de répéter l'expérience, le discours interne est shunté, le passage à l'acte devient inéluctable.

Ainsi on comprend aisément que face à la crise suicidaire l'ensemble des capacités adaptatives de l'adolescent borderline se trouve diminué dans des proportions supérieures à celles de l'adolescent typique.

Toutefois notre analyse nous apprend que cette différence n'est pas tout à fait homogène. Nos deux groupes diffèrent en effet le plus en ce qui concerne les sous-échelles « Peur du Suicide » et « Confiance en Soi ».

Cette vulnérabilité sur le registre de la confiance en soi et de la peur du suicide est tout particulièrement intéressante ; elle vient en effet formaliser bon nombre d'observations psychopathologiques concernant le TPL, mettant en avant l'extrême fragilité de cet aménagement.

C'est tout d'abord au plan économique qu'on retrouve cette vulnérabilité ; en effet, comme nous le rappelle Bergeret (13) l'adolescent Limite vit en permanence avec un idéal du moi « puéril et gigantesque », un tyran développé aux dépens d'un surmoi demeuré embryonnaire. Cette instance archaïque a conservé « ses ambitions héroïques démesurées de bien faire, pour conserver l'amour et la présence de l'objet » (13). La confrontation à la réalité n'en est que plus douloureuse et face à l'échec de ses ambitions le sujet se retrouve totalement déstructuré. Au lieu de culpabiliser et de ruminer comme l'aurait fait un sujet névrosé l'adolescent Limite réagit par un profond dégoût de lui-même plus ou moins projeté sur les autres. On comprend bien ici que la dimension de confiance en soi est encore bien plus ébranlée que chez les sujets névrosés. Les patients atteints de TPL décrivent fréquemment cette volonté de vouloir disparaître, de s'effacer, ou à l'inverse de s'attaquer le corps comme pour en tester la réalité. Une impulsion qui brutalement fait irruption en eux lorsque leur idéal du moi se confronte au principe de réalité.

Parallèlement la précarité du surmoi ne permet pas la représentation mentale, ou l'expression verbale, le seul recours alors envisageable est l'agir, qui brutalement fait irruption et soulage ce surmoi incapable de métaboliser le trop plein de mentalisation. Comment notre sujet pourrait-il avoir peur de la mort ? Il n'en est souvent là pas même question. L'exemple de l'adolescente donné en introduction est à ce titre très parlant. La réaction de mon collègue témoigne bien de cette spécificité du TPL : « Elle avait l'air

tellement inquiète pour son rein, alors qu'elle n'arrête pas de vouloir mourir ! ». Il touchait là du doigt toute la particularité des adolescents sur ce registre. Dans l'agir, il n'est pas question de mort mais bien de s'attaquer, de disparaître, de mettre en acte tout de suite ce dégoût pour soi-même. A distance des situations difficiles et du geste, ces adolescents s'avèrent tout à fait préoccupés de leur état de santé et de l'intégrité de leurs organes. Là où le sujet névrosé, outillé d'un surmoi suffisant, rumine des jours durant, laissant monter la culpabilité jusqu'à en arriver à la conclusion que la seule punition suffisante est la mort, le sujet limite, met immédiatement en actes l'extrême dégoût que lui susurre son idéal du moi blessé.

Autre aspect psychopathologique venant étayer nos observations, les particularités de la relation objectale et l'angoisse de perte d'objet. La relation d'objet du sujet Limite n'est pas triangulée comme celle du névrosé, les conflits d'objets œdipiens n'y ont pas place, elle est en réalité déformée sur un mode anaclitique. Le principal corollaire d'un tel mode de relation objectale est l'émergence d'un attachement particulier à l'objet, un attachement fait de dépendance extrême à l'autre, et qui « place les deux partenaires tour à tour dans le rôle de grand ou de petit, de persécuteur ou de persécuté » (13). Face à ce lien très particulier qui l'unit à son objet anaclitique le sujet limite ne peut envisager une éventuelle séparation sans une angoisse singulière. Cette angoisse, c'est l'angoisse de perte d'objet. Une angoisse de dépression qui envahit l'anaclitique dès que l'idée de perte vient l'assaillir. Une dépression qui se distingue de celle du sujet névrosé par sa teinte bien plus destructrice et désorganisatrice. Une fois l'objet perdu le sujet perd toute organisation, tout ce qui constituait son « appui », pour prendre le terme anaclitique au sens littéral, s'effondre alors brutalement. Le soi n'ayant plus aucune assise, il entre dans une chute vertigineuse que seul l'agir semble pouvoir arrêter.

Là encore nos observations expérimentales rejoignent la psychopathologie : ainsi, privé de toute confiance dans un soi qui parait se déliter littéralement, le sujet limite ne peut que mettre en action ce qu'il ne peut métaboliser psychiquement. Une mise en action qui n'est pas une recherche de mort mais une tentative désespérée d'aller chercher ce qui lui échappe, d'aller tester les limites de son corps. On comprend donc naturellement qu'en situation de crise nos adolescents présentant un TPL soient beaucoup moins armés que les autres concernant la question de la confiance en soi et que la notion de peur de la mort leur soit nettement moins primordiale.

L'exemple de l'adolescente citée précédemment est là encore assez parlant : placée dès l'enfance, ses rapports avec sa mère (typiquement anaclitiques) étaient continuellement emprunts d'une alternance entre violence et fusion totale. Chaque séparation d'une grande violence tant physique que verbale était alors ponctuée d'un passage à l'acte. Plus tard, une de ses tentatives de suicide avait été effectuée dans les suites d'une rupture sentimentale, son petit ami d'alors ayant eu des mots très violents à son égard. Deux éléments très caractéristiques sous-tendaient systématiquement ces passages à l'actes : tout d'abord l'incapacité totale chez cette adolescente de se mettre à distance de ce que l'autre pensait d'elle : « Elle m'a dit que j'étais une… donc je suis une… ». Tout se passant comme si, à cet instant, le lien entre l'anaclitique et son objet était tel que leurs pensées ne pouvaient qu'être les mêmes. L'étape suivante était alors toujours la même, notre adolescente émettait l'hypothèse de la perte et se retrouvait alors totalement désemparée, le seul recours alors imaginable était l'agir. Ses phrases d'alors reflètent bien l'état d'esprit que peut avoir un sujet limite dans une telle situation : « Je voulais vérifier que j'étais vivante ». L'agir n'est alors pas une recherche de mort mais plutôt une tentative pour ce moi anaclitique en dissolution, de venir tester les limites de son corps, sa réalité.

Face à ce rapport à l'autre éminemment dépendant, on aurait pu supposer que les dimensions de Liens Familiaux (LF) et d'Acceptation par les Pairs et Soutiens (APS) aient pu être plus élevées que la moyenne. C'était nier que les adolescents que nous avons rencontrés sont déjà forts d'une longue histoire d'invalidation de leur propre dépendance et que le propre de l'anaclitique est d'être à la fois dépendant et très violent à l'égard de son objet de dépendance. Face à un questionnaire lui demandant de formaliser sa dépendance envers sa famille ou les autres, soit il réagira par un rejet violent reniant cette dépendance, soit sa propre expérience lui aura déjà appris que cette dépendance, en l'état actuel, peut lui être néfaste et qu'elle ne peut dès lors pas être acceptée comme une raison de vivre. Dans les deux cas le résultat est le même et corrobore nos résultats.

4/ Limites :

Quelques limites doivent tout de même nuancer nos résultats :

Tout d'abord, il faut noter que la littérature francophone est pauvre concernant l'utilisation du RFLA. La version adulte du RFL est d'usage courant en langue française, mais sa version pour adolescents, est encore assez peu utilisée. Cette sous-utilisation nous offre peu de recul sur l'efficacité concrète de l'outil. Si la traduction et la validation des qualités psychométriques de l'outil par Labelle et al. (59) est d'une très grande rigueur, la publication de leurs résultats n'est que très récente ; on peut donc supposer que cette publication permette la diffusion de ce questionnaire et que d'autres publications suivront venant appuyer ses qualités et illustrant son utilisation concrète.

Par ailleurs il faut noter que notre population contenait une très large majorité de filles (80,9%, soit un sex-ratio de 0,24). L'existence d'un effet genre sur les scores RFL et RFL-A est souvent mise en évidence dans la littérature mais dans des proportions assez variables. Chez l'adulte (RFL) de nombreux auteurs s'accordent à considérer que les femmes obtiennent des scores plus élevés à certaines échelles telles « Peur du Suicide », « Responsabilité envers la Famille » et « Objections Morales » (49,67,68). Concernant le RFL-A la littérature est trop pauvre pour tirer des conclusions mais Osman et al. (57) relevaient une différence liée au genre avec notamment une tendance des garçons à attribuer des scores plus importants à l'échelle « confiance en soi » alors que les filles donnaient plus de points à « peur du suicide ». Ces résultats sont cohérents avec les observations sur les adultes en revanche Khodabakhshi et al. (58) sur une cohorte Iranienne notaient la tendance inverse avec des scores plus bas chez les filles aux sous échelles « Peur du suicide », « Acceptation par les Pairs » et « Liens Familiaux ». Il est possible que cette différence soit culturelle, mais quoiqu'il en soit la question nécessite de plus amples recherches.

Notre sex-ratio ne semble toutefois pas être une limite rédhibitoire. En effet il faut d'abord noter qu'il reflète une réalité clinique fréquemment observée. Peyre et al. (ESCAPAD 2008) (69) retrouvent ainsi sur une cohorte de 3146 adolescents rapportant au moins un antécédent de tentative de suicide, un sex-ratio de 0,33. Osman et al. (57) dans leur étude de validation du RFL-A obtiennent un ratio de 0,44. La prédominance de filles concernées par la

problématique de la tentative de suicide à l'adolescence est un fait avéré, avec un ratio de 0,24 nous nous situons en dessus de la moyenne mais dans des limites tolérables. De plus il faut noter que le sex-ratio au sein des deux groupes était très proche (0,25 pour le groupe « TPL », contre 0,23 pour le groupe « non TPL »), la comparativité des groupes ne souffrant donc pas de cette prédominance de filles, il ne nous a pas semblé opportun de procéder à une standardisation.

Enfin, la dernière limite que nous devons évoquer concerne la spécificité de notre échantillon. Nous nous sommes en effet volontairement intéressés à une population de suicidant, notre objectif étant de s'affranchir de l'effet déjà mainte fois étudié de cette variable sur les résultats à l'IRV.

Conséquemment, ils convient de ne pas tirer des conclusions générales et de convenir de la portée réelle de nos résultats. Ces derniers ne peuvent en effet prétendre être extrapolables à l'ensemble des adolescents présentant un TPL, mais seulement aux suicidant.

V/ CONCLUSION :

Notre étude a permis de mettre en évidence entre les groupes « TPL » et « Non TPL » des différences significatives sur les résultats à l'Inventaire de Raison de Vivre tant au niveau du score total que des scores aux différentes sous échelles. Ces différences suggèrent des particularités dans l'élaboration de raisons de vivre chez les patients borderline.

Tout d'abord, avec un score RFL - A total inferieur au groupe « non TPL », nous avons pu emmètre l'hypothèse d'une carence globale dans les capacités adaptatives en matière de raison de vivre chez ces sujets.

Ensuite, par une analyse dimensionnelle, nous avons mis en avant une différence touchant tout les domaines de l'élaboration de raison de vivre. Une différence qui s'exprime à son maximum sur les catégories « Peur du Suicide » et « Confiance en Soi ».

L'ensemble de ces observations vient corroborer la psychopathologie du Trouble de Personnalité Limite, et nous offre une lecture très intéressante de la problématique du passage à l'acte suicidaire chez ces jeunes.

Ce projet est, en l'état actuel des connaissances, le premier à proposer des résultats significatifs concernant l'utilisation du RFL-A en population adolescente Française. Par ailleurs, il est également novateur dans sa manière d'utiliser le questionnaire puisqu'il est le premier, sur une population adolescente, à utiliser ses qualités dimensionnelles afin d'établir une réflexion sur les particularités de la crise suicidaire chez les patients présentant un TPL.

Notre approche constitue, avec d'autres, telle que l'étude du coping, une nouvelle manière d'appréhender la crise suicidaire tant pour les adolescents que pour les adultes. Cette approche, initié par Linehan, propose d'ajouter à la traditionnelle évaluation des facteurs de risques de passage à l'acte, une évaluation des facteurs de protections. Cette conception révolutionne la vision du suicide et offre notamment des possibilités thérapeutiques bien plus vaste que celles jusqu'alors à notre disposition. En s'intéressant aux capacités adaptatives qui pourraient empêcher le jeune de tenter de mettre fin à ses jours, on peu l'aider d'une part à renforcer ses aptitudes et d'autre part à en élaborer de nouvelles.

La Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) des sujets Borderline de M. Linehan est ainsi basé sur l'apprentissage de compétences spécifiques dont la première étape est de prévenir le passage à l'acte. Citons ainsi la régulation des émotions, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle. Par ces modules en thérapie individuelle et groupale, le jeune va acquérir des stratégies qu'il pourra mettre en œuvre lorsqu'arrivera la crise. Le programme de TCD pour adolescent TPL suicidant mis au point par Klein et Miller (38) s'inspire directement de cette approche en proposant une intervention multimodale articulant : Psychothérapie individuelle, groupe familiaux de formation de compétences, thérapie familiale, coaching téléphonique pour le patient et les membres de la famille et groupe de consultations de thérapeutes. L'objectif est d'intervenir à tous les niveaux où le jeune peut être aidé en cas de crise suicidaire : individu seul, individu et sa famille, individu et ses pairs…Ces thérapies sont souvent accompagnées de la mise en place d'un *« plan de sécurité »*. Pensé avec le jeune il formalise l'ensemble des recours qu'il pourra mobiliser en cas d'idées suicidaire : D'abord personnels (élaboration de stratégies rassurantes telles qu'écouter de la musique, aller faire du sport…), puis orientés sur les tiers et la famille (contacter un proche…) enfin axés sur les professionnels (possibilités de joindre une infirmière spécialisée connaissant son dossier, ligne d'écoute pour adolescents suicidaires, mobilisation d'un psychiatre ou d'un psychologue).

L'ensemble de ces propositions thérapeutiques mobilise, on le voit, les stratégies d'élaboration de raison de vivre. A ce titre, mieux connaître les particularités des sujets Borderline par rapport aux sujets sans trouble de la personnalité offre la possibilité de mieux cibler nos interventions. Par ailleurs une évaluation plus systématique du RFL-A permettra certainement de gagner en efficience au cas par cas. Ainsi l'équipe de B. Stanley (70) a par exemple proposé une adaptation du programme de TCD de Klein et Miller centrée sur l'élaboration d'un plan de sécurité après un travail attentif sur les raisons de vivre.

Quelques remarques doivent, pour finir, ouvrir l'horizon de la recherche sur ce sujet :

Tout d'abord, afin de gagner en spécificité sur le diagnostic de Trouble de la Personnalité Limite, une étude ultérieure utilisant le DIB-R comme critère de sélection du groupe « TPL » serait intéressante.

Par ailleurs, d'autres études sur les facteurs de protection de la crise suicidaire (Coping, spiritualité…) doivent venir étoffer cette nouvelle approche de la suicidologie tant au niveau de l'évaluation que de le prise en charge.

Enfin comme nous venons de l'exposer plus haut la suite logique du travail sur les raisons de vivre est l'instauration d'un protocole d'intervention visant à aider le jeune à développer ses propres capacités adaptatives en cas de crises. C'est dans cet état d'esprit que deux programmes sont actuellement en cours d'élaboration :

- Un programme « local » d'expérimentation de l'implantation d'un protocole de thérapie de groupe d'inspiration comportementale dialectique (TCD) pour la prise en charge des pathologies de l'agir chez les adolescents souffrant d'un trouble de personnalité limite. Programme inspiré de l'expérience de Labelle et al. (71) et dont la première session s'est achevée à la fin du mois de Juillet 2015 et qui devrait se reconduire à l'hiver 2015/2016.

- Un programme inter-régional intitulé : « Etude contrôlée randomisée de l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale, type plan de sécurité, sur la récidive suicidaire chez l'adolescent » dont les inclusions commenceront en Novembre 2015.

VI/ ANNEXES :

Note d'information destinée à l'adolescent (- de 14 ans) concernant une recherche biomédicale intitulée :

"Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence."

Promoteur : Centre hospitalier du Rouvray.

Investigateur principal : Pr Priscille Gérardin.

N° enregistrement de la recherche (défini par l'AFSSAPS) : 2010 A00 330 - 39

Ton médecin te propose ainsi qu'à tes parents de participer à une recherche biomédicale intitulée : "Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence."

L'objectif de ce document est de te donner toutes les informations qui te permettront de comprendre pourquoi nous réalisons cette étude, et comment cela va se passer.

Si des mots ou des expressions ne te paraissent pas clairs, n'hésite pas à demander des explications à ton médecin.

Objectif et intérêt de l'étude.

Nous réalisons avec quatre autres services français une étude sur les tentatives de suicides à l'adolescence et sur les rendez-vous que nous proposons à la sortie de l'hospitalisation.

Nous allons donc pour cela comparer ce qui se fait dans cet hôpital et ce qui se fait ailleurs dans les autres centres de l'étude.

Déroulement et durée de l'étude :

Nous te proposerons pendant ton séjour à l'hôpital d'avoir un entretien avec un de nos collègue, qui va te poser des questions pendant une heure et demi.

Puis tu devras, avec un membre de l'équipe, remplir des questionnaires te concernant sur un ordinateur.

Après ta sortie d'hospitalisation un suivi avec des rendez-vous te sera proposé.

Enfin 6 mois et un an après ta sortie, lors d'un rendez vous, nous te poserons à nouveau des questions pour savoir comment tu vas depuis ta sortie.

Si tu ne peux pas te rendre à ces rendez-vous, nous te recontacterons par téléphone.

L'étude dure donc un an après ta sortie de l'hôpital.

Contraintes et risques prévisibles :

Cette recherche ne comporte aucun risque pour ta santé, à part un léger stress lors des questions.

Confidentialité :

Les renseignements te concernant et tes réponses au questionnaire ne seront transmises à personne en dehors de notre équipe de recherche.

Dispositions réglementaires :

Ta participation à cette étude est entièrement volontaire ; tu es libre de participer ou de refuser.

De plus, à tout moment tu peux décider d'arrêter de participer à l'étude, sans avoir à nous en donner les raisons. Si tu acceptes de participer à cette étude il te sera demandé de signer un formulaire de consentement.

Tu ne recevras pas d'argent en participant à cette étude.

En cas de besoins, tu peux demander des informations complémentaires au Dr …….. au tel …… qui répondra à tes questions.

Lorsque tu auras lu la note d'information ci-dessus et obtenu les réponses aux questions que tu te poses en interrogeant le médecin, il te sera proposé, si tu en es d'accord, de donner ton accord écrit en signant le formulaire préparé à cet effet.

Note d'information destinée à l'adolescent (+ de 14 ans) concernant une recherche biomédicale intitulée :

"Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence."

Promoteur : Centre hospitalier du Rouvray.

Investigateur principal : Pr Priscille Gérardin.

N° enregistrement de la recherche (défini par l'AFSSAPS) : 2010 A00 330 - 39

Votre médecin vous propose ainsi de participer à une recherche biomédicale intitulée : "Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence."

L'objectif de ce document est de vous fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, son intérêt et son déroulement.

Si des mots ou des expressions ne vous paraissent pas clairs, n'hésitez pas à demander des explications à votre médecin.

Objectif et intérêt de l'étude.

Nous réalisons avec quatre autres services français une étude clinique sur les tentatives de suicides à l'adolescence.

Nous cherchons à savoir quel est le meilleur type de suivi à proposer à la sortie de cette hospitalisation. Pour cela nous allons comparer ce qui en fait dans cet hôpital avec ce qui est fait dans les autres centres.

Déroulement et durée de l'étude :

La participation à l'étude commencera dans le service dans lequel vous aurez été hospitalisé. Au cours d'un entretien il vous sera proposé de remplir avec l'aide d'un membre de l'équipe des questionnaires pendant environ 2 heures, et d'avoir un entretien avec un des membres de l'équipe participant à la recherche qui durera environ une heure et demi.

Puis à votre sortie d'hospitalisation un suivi spécialisé vous sera proposé comme cela se fait d'habitude en fonction des modes de fonctionnement de chaque service.

Enfin à 6 mois et un an après la sortie, lors d'un rendez vous, nous vous demanderons de remplir à nouveau certains questionnaires, pour évaluer comment vous vous portez depuis l'hospitalisation, et savoir si le suivi qui vous a été proposé vous a été profitable.

Si vous ne pouvez pas vous rendre à ces rendez-vous, nous vous recontacterons téléphoniquement.

La durée de l'étude est donc de un an après la sortie de l'hôpital.

Contraintes et risques prévisibles :

Cette recherche ne comporte aucun risque, hormis un possible stress lors de la passation des questionnaires, c'est pourquoi cette passation se fait en présence d'un membre de l'équipe.

Confidentialité :

Les données recueillies seront traitées de façon confidentielle, et seront anonymisées, c'est-à-dire que votre nom ne figurera pas dans les fichiers informatiques contenant les données. De plus les données ne seront consultables que par des personnes impliquées dans l'étude et soumises au secret médical.

Conformément aux dispositions de la Commission Nationale Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Dispositions réglementaires :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire ; vous êtes libre de participer ou de refuser.

De plus, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche sans justification et sans conséquence sur les soins qui vous seront alors prodigués, conformément aux soins médicaux du lieu et du moment. Si vous acceptez de participer à cette étude il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement. Ce dernier ne décharge en rien le promoteur de ses responsabilités.

Conformément à la loi, le promoteur de cette étude, le centre Hospitalier du Rouvray, a souscrit un contrat d'assurance couvrant les préjudices éventuels liés à l'étude. Ce contrat est consultable au Centre Hospitalier du Rouvray sur simple demande (Contrat SHAM N°124916 du 24/3/2010).

Ce protocole a été déclaré auprès de l'AFSSAPS et a reçu un avis favorable de Comité de Protection des Personnes en date du …/…/….

La participation à cette étude ne donnera pas lieu à une rémunération des participants.

En cas de besoins, vous pouvez demander des informations complémentaires au Dr …….. au tel …… qui répondra à vos questions.

Lorsque vous aurez lu la note d'information ci-dessus et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le médecin, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de donner votre consentement écrit en signant le formulaire préparé à cet effet.

Formulaire de consentement à une recherche biomédicale pour une personne mineure

"Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence."

Promoteur : Centre Hospitalier du Rouvray – Sotteville-lès-Rouen

Investigateur principal : Pr Priscille GERARDIN

N° enregistrement de la recherche (défini par l'AFSSAPS) : 2010 A00 330 - 39

Je soussigné M.(Nom, Prénom du mineur)…….accepte librement et volontairement ma participation,

Nous soussignés M. (*nom, prénom*)……statut : (1)……

Et M. (*nom, prénom*) ……statut : (1)……

acceptons librement et volontairement la participation de notre enfant,

à la recherche biomédicale intitulée: "Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence" dont le Centre Hospitalier du Rouvray est le promoteur et qui m'a été proposé par le Docteur ……. joignable au ……..….médecin de cette recherche.

Etant entendu que :

- Le médecin, qui nous a informé et a répondu à toutes nos questions, nous a précisé que nous étions libres d'accepter ou de refuser la participation à cette recherche ;
- Avant de participer à cette recherche, notre enfant a bénéficié d'un examen médical dont les résultats nous ont été communiqués;
- Nous acceptons d'être contactés par téléphone à la fin de l'étude même si nous ne nous sommes pas rendu au rendez-vous fixés pour la recherche
- Nous pourrons avoir communication par le médecin au cours ou à l'issue de la recherche des informations qu'il détient concernant sa santé;
- Nous avons bien compris dans la note d'information qui nous a été remise que pour pouvoir participer à cette recherche notre enfant doit bénéficier d'un régime de sécurité social. Nous confirmons que c'est bien le cas;
- Nous sommes pleinement conscients que nous pouvons à tout moment retirer notre consentement à la participation de notre enfant à cette recherche et cela quelles que soient nos raisons sans supporter aucune responsabilité mais nous nous engageons dans ce cas à en informer le médecin. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à nos relations avec ce médecin, ni aux soins prodigués à notre enfant.

- Si nous le souhaitons nous seront informés sur simple demande des résultats globaux de cette recherche,

Notre consentement ne décharge en rien le médecin et le promoteur de l'ensemble des responsabilités et nous conserverons tous nos droits garantis par la loi.

Fait à …….. le : / /

Nom, Prénom (du mineur): Signature : (2)

Fait à ……..le : / /

Noms Prénoms (des titulaires): M……... Et M……..……..

Signature : (2) Signature : (2)

Nom et signature du médecin qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire du but, les modalités, et les risques potentiels de la recherche :

Docteur Date : / / Signature :

Ce document est réalisé en 3 exemplaires originaux, dont le premier doit être gardé 15 ans par l'investigateur, le deuxième remis à la personne donnant son consentement, et la troisième transmis au promoteur de la recherche.

QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

Voici une série de questions te concernant. S'il te plaît, réponds à chacune de ces questions.

Ne rien inscrire ici

1. a) Quelle est ta date de naissance? : ____ / ____ / ____
   Jour Mois Année

   b) Quel est ton âge? : _____

2. Quel est ton sexe? 1. masculin
   2. féminin

3. Quel est ton niveau de scolarité? (ex. : sec. 2) _____

4. As-tu déjà redoublé une année? 1. oui
   2. non

5. Où demeures-tu? 1. Je vis avec mes parents biologiques
   2. Je vis avec ma mère seulement
   3. Je vis avec ma mère et son conjoint
   4. Je vis avec mon père seulement
   5. Je vis avec mon père et sa conjointe
   6. Je vis en garde partagée
      (temps partagé entre mes 2 parents)
   7. Je vis dans une famille d'accueil
   8.Autre : Précisez _____

6. Nombre d'enfants dans ta famille biologique : _____

7. Quel est ton rang dans ta famille biologique _____
(ex. : le plus vieux ou la plus vieille = 1,
si enfant unique = 0)

Version francophone synthétique du K-SADS-PL

Préparée par

D. Purper-Ouakil, C. Huynh, et J.-M. Guilé, 2010

Identification : _____	Évaluateur : _____
Date de passation :_____	Date de naissance : _____ Sexe : M F

Pour obtenir des informations additionnelles concernant l'administration du K-SADS-PL et télécharger une version en anglais de l'instrument, veuillez consulter le site :

www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm

Références :

Version originale anglophone :

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Pittsburg 1996.

Versions traduites en français :

Mouren-Siméoni MC, Cook S, Flament M, Nedey-Saiag MC, Nollet-Clémençon C, Paillère- Martinot ML, Purper-Ouakil D, Vila G. Kiddie-SADS-version vie entière (K-SADS-PL). Editions Scientifiques INSERM Edition révisée et modifiée, Paris 2002.

Renaud J. Échelle des troubles de l'humeur et de la schizophrénie pour les enfants d'âge scolaire (6-18 ans) Version présente et longitudinale (Kiddie-SADS-PL). Montréal 2001.

Table des matières

Troubles dépressifs 2
Trouble dépressif majeur 3
Dépression mélancolique 3
Trouble dysthymique 4
Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive 4
Trouble dépressif NS 4
Caractère saisonnier 4
Dépression avec caractéristiques atypiques 5
TDM avec caractéristiques psychotiques 5
Trouble schizoaffectif – type dépressif 5
Manie 6
Épisode maniaque 6
Épisode hypomaniaque 7
Cyclothymie 7
Trouble schizoaffectif – type maniaque 7
Trouble bipolaire NS 7
Sous-types trouble bipolaire 7
Psychose 8
Schizophrénie 10
Trouble schizophréniforme 10
Trouble psychotique bref 11
Trouble panique 12
Trouble anxiété de séparation 13
Phobie sociale 14
Agoraphobie et phobies spécifiques 15
Trouble anxiété généralisée 16
Trouble obsessionnel compulsif 17
Énurésie 19
Encoprésie 19
Anorexie mentale 20
Boulimie 20
Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention 21
Trouble oppositionnel avec provocation 23
Troubles des conduites 24
Tics 25

Syndrome de Gilles de la Tourette 26
Tics chroniques moteurs ou vocaux 26
Tics transitoires moteurs ou vocaux 26
Consommation de substances toxiques 27
Tabac 27
Alcool 28
Substances psychotropes 29
État de stress post-traumatique 30
État de stress post-traumatique 31
État de stress aigu : 31

1

Troubles dépressifs

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

***Épisode passé=minimum de DEUX mois sans symptôme après l'épisode**

Items dépistage	**Épisode actuel**	**Épisode passé***
1. Humeur dépressive (>2 sem)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Irritabilité et colère	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Anhédonie, perte des intérêts, démotivation, ennui	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Idéation suicidaire passive	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Idéation suicidaire active	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Actes suicidaires -sévérité (sévérité de l'intention et de la mise en danger)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Actes suicidaires -létalité médicale (mise en jeu du pronostic somatique)	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Atteintes à l'intégrité physique sans intention suicidaires	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Manque de réactivité de l'humeur ou irritabilité lors d'événements positifs	0 1 2 3	0 1 2 3
2. L'humeur dysphorique est-elle différente de celle d'une expérience de deuil ?	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Variations nycthémérales de l'humeur		
a. aggravation matinale (pire le matin)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. aggravation vespérale (pire l'après-midi/le soir)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Troubles du sommeil		
a. insomnie d'endormissement (initiale)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. insomnie du milieu de la nuit (intermédiaire)	0 1 2 3	0 1 2 3
c. insomnie du petit matin (terminale)	0 1 2 3	0 1 2 3
d. inversion du rythme nycthéméral (circadien)	0 1 2 3	0 1 2 3
e. sommeil non réparateur	0 1 2 3	0 1 2 3
f. hypersomnie	0 1 2 3	0 1 2 3

5. Fatigue, manque d'énergie	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Troubles cognitifs		
a. troubles de la concentration, de l'attention ralentissement idéique (chez TDAH, coter si aggravation nette)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. indécision	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Appétit, poids		
a. diminution de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
b. perte de poids	0 1 2 3	0 1 2 3
c. augmentation de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
d. prise de poids (prise <1.5 kgs sur 6 mois chez l'enfant entre 5-11 ans)	0 1 2 3 0 1 2 3	0 1 2 3 0 1 2 3
8. Troubles psychomoteurs		
a. agitation (chez TDAH, coter si aggravation nette)		
b. Ralentissement	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Image de soi		
a. dévalorisation/mésestime de soi	0 1 2 3	0 1 2 3
b. culpabilité excessive	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Désespoir, vécu d'impuissance	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Sensibilité au rejet	0 1 2 3	0 1 2 3

Autres critères

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

1. Facteur déclenchant	0 1 2	0 1 2
2. Apparition/majoration en relation avec le cycle menstruel	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Critère du trouble dépressif majeur

1. Au moins 5 des items 1-5 du dépistage et/ou des items 4-10 du supplément sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins un des items 1, 2, 3 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée >2 semaines ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Délire ou hallucinations > 2 sem au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non
5. Les symptômes sont-ils une réaction normale à un être cher ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les critères d'une Schizophrénie ou d'un Trouble schizophréniforme sont-ils remplis ?	Oui	Non	Oui	Non

Trouble dépressif majeur

Si items 1-3 « oui » et items 4-7 « non »

Critères de dépression mélancolique

1. Le patient a-t-il les critères de TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 1 du dépistage ou l'item 1 du supplément est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins trois items parmi ceux-ci sont cotés 3 : items supplément 2, 3a, 4c, 7a ou 7b, 8a, 8b, 9b ?	Oui	Non	Oui	Non
Dépression mélancolique				
Items 1-3 « oui »	Oui	Non	Oui	Non

Critère du trouble dysthymique

1. Au moins un des items 1 et 2 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 1 ou 2 du dépistage sont-ils plus fréquemment présents qu'absents pendant 1 an au moins ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée > un an ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins deux des items suivants sont-ils	Oui	Non	Oui	Non
cotés 3 ? Items de supplément : 4, 5, 6, 7, 9a, 10	Oui	Non	Oui	Non
5. Les critères d'épisode maniaque ou hypoma-	Oui	Non	Oui	Non
niaque ont-ils jamais été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Au cours de la première année d'évolution les critères d'un TDM ont-ils été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
8. Existe-il un Trouble psychotique chronique co-occurrent ?				
9. Est-ce que cette perturbation de l'humeur est associée à un trouble chronique non-affectif déjà existant à l'Axe I ou III ?	Oui	Non	Oui	Non

Trouble dysthymique

Si items 1-4 « oui » et items 5-8 « non ». Si item 9 « oui », spécifier « type secondaire ». Si item 9 « non », spécifier « type primaire ».

Critères du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

1. Réaction à un (ou plusieurs) facteurs de stress dans les 3 mois suivant le début du stress ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Réaction excessive p/r à ce qui est attendu ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée inférieure à 6 mois ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Présence de symptômes dépressifs, mais les critères d'un trouble mental spécifiques ne sont pas remplis et ne représentent pas un deuil sans complication.	Items 1-4 « oui ».			

Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Oui Non Oui Non

Oui Non Oui Non

Critère du Trouble dépressif NS

Symptômes dépressifs ne correspondant ni à un trouble dépressif spécifique ni à un trouble de l'adaptation	Oui	Non	Oui	Non

Critère saisonnier

1. Critères du TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Lien temporel entre les symptômes et une période particulière (60 jours) de l'année ?	Oui Oui	Non Non	Oui Oui	Non Non
3. Est-ce que l'aspect saisonnier découle de manière évidente d'un stresseur psychosocial ?	Oui	Non	Oui	Non
Caractère saisonnier (Items 1-2 « oui » et item 3 « non »)				

Dépression avec caractéristiques atypiques

1. Critères TDM ou T dysthymique ou T dépressif NS?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'humeur dépressive est-elle réactive aux événements positifs ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins deux des items suivants sont-ils cotés 3 ? Item supplément : 4f, 7c, 7d, 8b, 11	Oui	Non	Oui	Non
Dépression avec caractéristiques atypiques (Items 1-3 « oui »)				

TDM avec caractéristiques psychotiques

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution du TDM (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques uniquement au cours TDM	Oui	Non	Oui	Non
TDM avec caractéristiques psychotiques (items 1-3 « oui)	Oui	Non	Oui	Non

Trouble schizoaffectif – type dépressif

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode dépressif (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
Trouble schizoaffectif – type dépressif (Items 1-3 « oui »)	Oui	Non	Oui	Non

Manie

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Élation, humeur expansive	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Réduction du besoin de sommeil	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Augmentation de l'activité centrée sur un but (seulement si dans un contexte thymique)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Fuite des idées	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Mégalomanie (grandiosité, augmentation de l'estime de soi)	0 1 2 3	0 1 2 3
variations p/r état de base dans un contexte thymique)		
3. Troubles du jugement/conduites à risque	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Troubles attentionnels (chez TDAH, coter seulement si variations p/r état de base dans un contexte thymique)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Instabilité motrice	0 1 2 3	0 1 2 3
6. État ne se rapportant pas seulement à l'effet d'alcool ou toxiques	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Durée (coter « 3 » si 4 jours ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

8. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2
d. hospitalisation (pour manie)	0	1 2	0	1 2
e. autre	0	1 2	0	1 2

Critères DSM-IV Manie

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y-a-t-il trois items parmi les suivants qui sont cotés 3 ? : items 2-4 du dépistage, items 1-5 du supplément	*Note : les items 3 du dépistage et 5 du supplément comptent pour un seul.*			

Oui	Non	Oui	Non	
3. Une de sections de l'item 8 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. La période d'élation est-elle supérieure à 7 jours ou a-t-elle nécessité une hospitalisation ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Délire/hallucination pendant au moins deux semaines sans symptomatologie thymique au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Symptômes en rapport avec effets pharmacologiques/affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Critères de SZP ou trouble schizophréniforme	Oui	Non	Oui	Non
Critères DSM-IV Manie	Oui	Non	Oui	Non
Items 1-4 « oui » et 5-7 « non »				

Épisode hypomaniaque

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y-a-t-il trois items parmi les suivants qui sont cotés 3 ? : items 2-4 du dépistage, items 1-5 du supplément. *Note : les items 3 du dépistage et 5 du supplément comptent pour un seul.*	Oui	Non	Oui	Non
3. L'item 7 est-il coté 3 (au moins 4 jours d'évolution)	Oui	Non	Oui	Non
4. Y–a-t-il une altération marquée du fonctionnement ?	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non

Hypomanie DSM-IV

Items 1-3 « oui » et item 4 « non »

Cyclothymie

Nombreux épisodes hypomaniaques et dépressifs (NS) pendant une période d'au moins un an	Oui	Non	Oui	Non

Trouble schizoaffectif – type maniaque

1. Critères épisode maniaque ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode maniaque (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
Trouble schizoaffectif – type maniaque (Items 1-3 « oui ».	Oui	Non	Oui	Non

Critères du trouble bipolaire NS

Symptômes maniaques ou hypomaniaques ne correspondant pas aux troubles bipolaires spécifiques (par ex : un TDM avec un seul épisode hypomaniaque)				

Oui Non Oui Non

Sous-types trouble bipolaire

Trouble bipolaire-épisode actuel maniaque	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel mixte	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel dépressif	Oui	Non	Oui	Non
Cycles rapides	Oui	Non	Oui	Non

Psychose

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : soupçonné ou probable, 3 : définitivement présent

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Hallucinations	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Délire	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : soupçonné ou probable, 3 : définitivement présen

Items supplément : hallucinations	Épisode actuel	Épisode passé
1. Hallucinations auditives		
a. Hallucinations auditives : sons non-verbaux	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Hallucinations mandatoires	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Commentaire courant/voix qui commente les	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Voix faisant la conversation	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Pensées audibles	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Autres hallucinations verbales	0 1 2 3	0 1 2 3
a. Dans la tête seulement	0 1 2 3	0 1 2 3
b. De l'extérieur seulement	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Combinaison	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Hallucinations visuelles	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Hallucinations tactiles	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Hallucinations olfactives	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Illusions	0 1 2 3	0 1 2 3

actes

2. Localisation des voix/bruits

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Items supplément : hallucinations						
7. Acceptation culturelle des hallucinations	0	1	2	0	1	2
8. Durée de l'hallucination > une journée	0	1	2	0	1	2
9. Association avec la maladie affective	0	1	2	0	1	2
10. Association avec un traumatisme	0	1	2	0	1	2
11. Association avec l'usage d'une substance ou avec un facteur organique	0	1	2	0	1	2
12. Présence l'un facteur précipitant	0	1	2	0	1	2

13. Durée des symptômes > 1 semaine	0	1	2		0		1	2	

0 : Pas d'information, **1** : Absent, **2** : soupçonné ou probable, **3** : définitif

Items supplément : délires									
1. Grandiosité	0	1	2	3	0	1	2	3	
2. Culpabilité/péché	0	1	2	3	0	1	2	3	
3. Délire de contrôle ou d'influence	0	1	2	3	0	1	2	3	
4. Délire somatique	0	1	2	3	0	1	2	3	
5. Idées délirantes de catastrophe	0	1	2	3	0	1	2	3	
6. Diffusion de la pensée	0	1	2	3	0	1	2	3	
7. Insertion de la pensée/pensées imposées	0	1	2	3	0	1	2	3	
8. Vol de la pensée	0	1	2	3	0	1	2	3	
9. Message TV/radio	0	1	2	3	0	1	2	3	
10. Délire de persécution	0	1	2	3	0	1	2	3	
11. Délire de lecture dans les pensées	0	1	2	3	0	1	2	3	
12. Délire de référence	0	1	2	3	0	1	2	3	
13. Autres idées délirantes	0	1	2	3	0	1	2	3	

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Items supplément : délires	**Épisode actuel**	**Épisode passé**
14. Délires appartenant à un sous-système culturel ou familial	0 1 2	0 1 2
15. Délires multiples	0 1 2	0 1 2
16. Délire dans le contexte d'une maladie affective (2 sem avant/après)	0 1 2	0 1 2
17. Délires toujours suite à l'usage d'une substance ou au cours d'une condition médicale	0 1 2	0 1 2
17. Contenu des délires est toujours congruent à la dépression ou à la manie	0 1 2	0 1 2
18. Présence de facteur précipitant	0 1 2	0 1 2
19. Durée des symptômes > 1 semaine	0 1 2	0 1 2

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Items supplément : Autres symptômes psychotiques					
1a. Émoussement affectif/affect plat	0	1	2	0	1 2
1b. Affect inapproprié	0	1	2	0	1 2
2a. Incohérence	0	1	2	0	1 2
2b. Relâchement des associations	0	1	2	0	1 2
3. Comportement catatonique	0	1	2	0	1 2
4. Retentissement					
a. scolaire	0	1	2	0	1 2
b. social	0	1	2	0	1 2
c. familial	0	1	2	0	1 2
d. hygiène perturbée	0	1	2	0	1 2

Critères de Schizophrénie	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins deux items de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques » OU 1c ou 1d du supplément « hallucinations » OU idée délirante bizarre	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins un domaine de retentissement (Item 4 du supplément « autres symptômes psychotiques ») coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Signes permanents de la perturbation ≥ 6 mois	Oui	Non	Oui	Non
4. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur	Oui	Non	Oui	Non
5. Absence d'une affection médicale générale/due à une substance	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles de Schizophrénie si critères 1 à 5 « oui ».

Actuel : Oui Non
Passé : Oui Non

Critères de Trouble schizophréniforme	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins deux items de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques » OU 1c ou 1d du supplément « hallucinations » OU idée délirante bizarre	Oui	Non	Oui	Non
2. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur	Oui	Non	Oui	Non
3. Absence d'une affection médicale générale/due à une substance	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée > 1 mois, mais < 6 mois	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles de Trouble schizophréniforme si critères 1 à 4 « oui ».

Actuel : Oui Non
Passé : Oui Non

Si Schizophrénie ou Trouble schizophréniforme, spécifier :

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Cours				
a. Subchronique	0	1 2	0	1 2
b. Chronique	0	1 2	0	1 2
c. Subchornique avec exacerbation aigüe	0	1 2	0	1 2

d. Chronique avec exacerbation aigüe	0	1	2	0	1	2
e. Rémission	0	1	2	0	1	2
Prodrome ou phase résiduelle						
a. Isolement social/repli sur soi	0	1	2	0	1	2
b. Performance scolaire perturbée	0	1	2	0	1	2
c. Comportement nettement bizarre	0	1	2	0	1	2
d. Hygiène personnelle altérée	0	1	2	0	1	2
e. Affect émoussé, inapproprié	0	1	2	0	1	2
f. Discours digressif, vague, trop élaboré ou						
g. Croyances bizarres ou pensée magique	0	1	2	0	1	2
h. Expériences perceptives inhabituelles	0	1	2	0	1	2
i. Manque important d'initiative, d'intérêt, ou						

Durée (en semaines) : _____

Si Trouble schizophréniforme, spécifier :

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Caractréstiques de bon pronostic		
1. Survenue des symptômes psychotiques dans les 4 semaines succédent au premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel	0 1 2	0 1 2
2. Confusion, désorientation ou perplexité, à l'acmé de l'épisode psychotique	0 1 2	0 1 2
3. Bon fonctionnement social et professionnel prémorbide	0 1 2	0 1 2

Bon : au moins 2 items
Correct : un seul item
Mauvais : aucun item

Critères de Trouble psychotique bref

	Épisode actuel		**Épisode passé**	
1. Au moins un item de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques »	Oui	Non	Oui	Non
2. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur ou d'une Schizophrénie	Oui	Non	Oui	Non
3. Absence d'une affection médicale générale/due à une substance	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée > 1 jour, mais < 1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnment prémorbide	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles de Trouble psychotif bref si critères 1 à 4 « oui ».

Actuel : Oui Non
Passé : Oui Non

Trouble panique

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Attaques de panique (coter 3 si + de 4 attaques de panique sur 6 mois ou si anxiété d'anticipation)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si la question ci-dessus est cotée 3

Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents

0: pas d'information, **1** : Absent, **2** : parfois se produit pendant une attaque,

3 : toujours ou presque toujours se produit pendant une attaque

Items supplément				
1. Souffle coupé	0	1 2 3	0	1 2 3
2. Vertiges/évanouissement	0	1 2 3	0	1 2 3
3. Palpitations	0	1 2 3	0	1 2 3
4. Tremblements ou secousses musculaires	0	1 2 3	0	1 2 3
5. Sueurs	0	1 2 3	0	1 2 3
6. Sensations d'étouffement	0	1 2 3	0	1 2 3
7. Nausées	0	1 2 3	0	1 2 3
8. Dépersonnalisation/déréalisation	0	1 2 3	0	1 2 3
9. Sensations d'engourdissement/picotements	0	1 2 3	0	1 2 3
10. Frissons ou bouffées de chaleur	0	1 2 3	0	1 2 3
11. Douleurs thoraciques	0	1 2 3	0	1 2 3
12. Peur de mourir	0	1 2 3	0	1 2 3
13. Peur de perdre le contrôle	0	1 2 3	0	1 2 3

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

14. Stimuli circonscrits	0	1 2	0	1 2
15. Attaques spontanées (non anticipées)	0	1 2	0	1 2
16. Au moins une attaque avec 4 symptômes	0	1 2	0	1 2
17. Au moins 4 attaques en 4 semaines	0	1 2	0	1 2
a. Nombre maximum d'AP en un mois	0	1 2	0	1 2
b. Nombre record d'AP en une semaine	0	1 2	0	1 2
18. Peur d'avoir une nouvelle attaque	0	1 2	0	1 2
19. Au moins une AP avec apparition de 4 symptômes en 10 minutes	0	1 2	0	1 2
20. Agoraphobie (réduction des déplacements, besoin d'un accompagnateur …)		0 1 2		0 1 2
21. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2

Trouble panique DSM-IV				
1. Les items 15-19 sont-ils tous cotés 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

2. Origine organique/pharmacologique ?	Oui	Non	Oui	Non
3. AP mieux expliquées par un autre trouble ?	Oui	Non	Oui	Non

TP sans agoraphobie				
Item 1 « oui », items 2 et 3 « non »	Oui	Non	Oui	Non

Trouble anxiété de séparation

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	**Épisode actuel**	**Épisode passé**
1. Peur qu'un événement catastrophique ne vienne provoquer une séparation	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Peur qu'il n'arrive quelque chose à la principale figure d'attachement	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Refus/réticence à aller à l'école	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Peur de dormir loin de la maison ou de dormir seul (après 4 ans)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Peur de rester seul à la maison (après 4 ans)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément				
1. Cauchemars	0	1 2 3	0	1 2 3
2. Symptômes physiques les jours de séparation ou d'école	0	1 2 3	0	1 2 3
séparation				

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément				
5. Durée au moins 4 semaines	0	1 2	0	1 2
6. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2
7. Facteurs précipitants (spécifier)	0	1 2	0	1 2

Critères DSM-IV anxiété de séparation

1. Au moins trois items dépistage et/ou supplément cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Item 5 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
Trouble anxiété de séparation	Oui	Non	Oui	Non

Phobie sociale

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Évitement des contacts sociaux	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Peur des situations sociales	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément		
1. Implication sociale préférentielle avec personnes familières (même si enfants)	0 1 2	0 1 2
2. Durée d'évolution > 6 mois	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. anxiété sévère/pleurs/colères lors de l'exposition aux stimuli anxiogènes	0 1 2	0 1 2
e. évitement	0 1 2	0 1 2
4. Existence d'un facteur déclenchant (préciser)	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Phobie sociale

1. L'item 1 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 2 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Question « d » de l'item 3 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Question « e » de l'item 3 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

Phobie sociale				
(Critères 1, 2, 3, 4 « oui »)	Oui	Non	Oui	Non

Agoraphobie et phobies spécifiques

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : subclinique, **3** : cliniquement significatif

Questionner pour agoraphobie (endroit plein de monde, transports, sur un pont) et pour phobies spécifiques (chiens, chevaux, insectes, hauteurs, ascenseurs, métro, noir...)

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Détresse (ex : crises de colère, être figé ou collant)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Évitement	0 1 2 3	0 1 2 3

Préciser la phobie la plus intense :

Préciser les autres phobies

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

L'agoraphobie est-elle liée à la crainte d'avoir une AP (même pauci-symptomatique) ?	Oui	Non	Oui	Non

Items supplément				
1. Reconnaît que les peurs sont excessives	0 1 2 3		0 1 2 3	
2. Stimulus phobogène	0 1 2 3		0 1 2 3	
3. Durée > 6 mois	0 1 2 3		0 1 2 3	
4. Retentissement	0 1 2 3		0 1 2 3	
5. Facteur(s)/déclenchant(s) (préciser)	0 1 2 3		0 1 2 3	
a. hauteurs	0 1 2 3		0 1 2 3	
b. obscurité	0 1 2 3		0 1 2 3	
c. sang	0 1 2 3		0 1 2 3	
d. chiens	0 1 2 3		0 1 2 3	
e. autres animaux (ex. serpents)	0 1 2 3		0 1 2 3	
f. insectes/araignées	0 1 2 3		0 1 2 3	
g. être seul hors de la maison*	0 1 2 3		0 1 2 3	
h. foule*	0 1 2 3		0 1 2 3	
i. grands espaces (aller seul dehors après 10 ans)*	0 1 2 3		0 1 2 3	
j. transports*	0 1 2 3		0 1 2 3	
k. ascenseurs*	0 1 2 3		0 1 2 3	
l. magasins et autres espaces clos (sauf ascenseurs)	0 1 2 3		0 1 2 3	
m. aller sur un pont ou dans un tunnel	0 1 2 3		0 1 2 3	
n. autres (préciser)	0 1 2 3		0 1 2 3	

Critères DSM-IV de phobie spécifique

1. L'une des sections de l'item 1 du supplément	Oui	Non	Oui	Non
2. Les items 1 et 2 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. L'item 3 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Un des sous-items de l'item 4 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. La peur ou l'évitement sont-ils mieux	Oui	Non	Oui	Non

NB. Les items avec un astérisque sont typiques d'agoraphobie

Phobie spécifique/agoraphobie	Oui	Non	Oui	Non
Critères 1, 2, 3, 4 « oui » et 5 « non »				
Trouble panique avec agoraphobie	Oui	Non	Oui	Non

est-elle cotée 3 ?

expliqués par un autre trouble ?

Trouble anxiété généralisée

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	**Épisode actuel**	**Épisode passé**
1. Préoccupations excessives concernant l'avenir (2 : >3/semaine pour 1 évènement anticipé (EA); 3 : 5/semaine pour au moins 2 EA)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Plaintes somatiques (pas seulement liées à la séparation) (coter 3 si >1/semaine)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Conscience de soi marquée (gêne/regard des autres) (coter 2 si >2/semaine ; 3 si 5/semaine)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Tension interne/incapacité à se détendre	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément

1. Préoccupations concernant une conduite passée	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Souci excessif concernant ses propres compétences	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Besoin excessif de réassurance	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : présent

4. Difficulté à contrôler ses préoccupations	0	1 2	0	1 2
5. Autres symptômes (présents plus d'un jour sur 2)	0	1 2	0	1 2
a. tension musculaire, douleurs	0	1 2	0	1 2
b. agitation	0	1 2	0	1 2
c. fatigabilité	0	1 2	0	1 2
d. sensation d'être survolté, à bout, « sur les nerfs »	0	1 2	0	1 2
e. difficultés de concentration, de mémoire	0	1 2	0	1 2
f. difficultés d'endormissement, sommeil agité	0	1 2	0	1 2
g. irritabilité	0	1 2	0	1 2
6. Durée > 6 mois		0 1 2		0 1 2
7. Retentissement				
a. social		0 1 2		0 1 2
b. familial		0 1 2		0 1 2
c. scolaire		0 1 2		0 1 2
Facteur déclenchant (préciser)		0 1 2		0 1 2

8.

Critères DSM-IV Trouble anxiété généralisée

1. Au moins 4 items cotés 3 parmi les 4 items du dépistage et les items 1-3 du supplément ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 4 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Une des questions de l'item 5 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. L'item 6 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Une des questions de l'item 7 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Présence anxiété de séparation, anxiété généralisée, TOC, phobie spécifique, tr humeur ?	Oui	Non	Oui	Non
Trouble anxiété généralisée critères 1, 2, 3, 4, 5 « oui », et 6 « non »	Oui	Non	Oui	Non

Trouble obsessionnel compulsif

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Compulsions	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Obsessions	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément (compulsions)				
1. Type de compulsion				
a. toucher	0	1 2 3	0	1 2 3
b. compter	0	1 2 3	0	1 2 3
c. nettoyer/laver	0	1 2 3	0	1 2 3
d. vérifier	0	1 2 3	0	1 2 3
e. collectionner/amasser/afficher	0	1 2 3	0	1 2 3
f. ranger/ordonner	0	1 2 3	0	1 2 3
g. programme des activités	0	1 2 3	0	1 2 3
h. recommencer/refaire	0	1 2 3	0	1 2 3
i. autres (préciser)	0	1 2 3	0	1 2 3

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

2. But des compulsions (sont destinées à empêcher un sentiment de malaise ou un événement redouté)	0 1 2	0 1 2
3. Reconnaissance du caractère excessif des compulsions	0 1 2	0 1 2
4. Temps passé > 1 heure/j	0 1 2	0 1 2
5. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. détresse sévère	0 1 2	0 1 2

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items supplément (obsessions)				
1. Contenu des obsessions				
a. contamination, maladie	0	1 2 3	0	1 2 3
b. pensées agressives	0	1 2 3	0	1 2 3
c. pensées nihilistes ou morbides	0	1 2 3	0	1 2 3
d. besoin de symétrie, d'exactitude	0	1 2 3	0	1 2 3
e. phrases/sons/images absurdes	0	1 2 3	0	1 2 3
f. obsessions sexuelles	0	1 2 3	0	1 2 3
g. accumulation/épargne	0	1 2 3	0	1 2 3

h. pensées à caractère religieux	0	1 2 3	0	1 2 3
i. autres (à préciser)	0	1 2 3	0	1 2 3

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément (obsessions suite)				
2. Pensées intrusives/absurdes				
3. Tentatives pour chasser les idées	0	1 2	0	1 2
4. Pensées produites par le sujet lui-même (non imposées de l'extérieur)	0	1 2	0	1 2
5. Temps passé > 1 heure/j	0	1 2	0	1 2
6. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2
d. détresse sévère	0	1 2	0	1 2

Critères DSM-IV de trouble obsessionnel-compulsif

1. Items 1 et/ou 2 du dépistage coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Item 3 des obsessions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Item 4 des obsessions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Item 2 des compulsions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. L'item 4 ou n'importe quelle section de l'item 5 des compulsions est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non
6. L'item 5 ou n'importe quelle section de l'item 6 des obsessions est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non
7. Les obsessions concernent-elles des problèmes réels ?				
8. Les obsessions ou compulsions sont-elles en rapport avec un autre trouble ?				

TOC DSM-IV	Oui	Non	Oui	Non
Les critères sont réunis si les questions 1-4 sont TOUTES « oui », si les réponses aux questions 7 et 8 sont « non » et si les questions 5 OU 6 sont « oui »				

Énurésie

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : 1 à 4 fois par mois, pour 3 mois ou plus

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Mictions répétées		
a. la nuit	0 1 2	0 1 2
b. le jour	0 1 2	0 1 2
c. total	0 1 2	0 1 2

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Items supplément	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Deux fois par semaine pendant 3 mois consécutifs ou plus	0 1 2	0	1 2	
2. Détresse	0 1 2	0	1 2	
3. Retentissement				
a. familial	0 1 2	0	1 2	
b. scolaire	0 1 2	0	1 2	
c. social	0 1 2	0	1 2	
4. Âge chronologique d'au moins 5 ans (ou âge développemental équivalent)	0 1 2	0	1 2	
5. Absence de trouble physique ou d'effets physiologiques directs d'une substance	0 1 2	0	1 2	

Critères DSM-IV Énurésie :

Items 1 ET 2 et/ou 3 ET items 4-5 cotés 2

Encoprésie

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : 6-11 fois par an, **3** : 1 fois ou plus par mois

Items dépistage		Épisode actuel	Épisode passé
1. Émissions fécales répétées			
a. la nuit	0	1 2 3	0 1 2 3
b. le jour	0	1 2 3	0 1 2 3
c. total	0	1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Items supplément	Épisode actuel	Épisode passé

1. au moins 1/mois pendant ≥3 mois	0	1	2	0	1	2
2. Détresse	0	1	2	0	1	2
3. Retentissement						
a. familial	0	1	2	0	1	2
b. scolaire	0	1	2	0	1	2
c. social	0	1	2	0	1	2
4. Âge chronologique d'au moins 4 ans (ou âge développemental équivalent)	0	1	2	0	1	2
5. Absence de trouble physique ou d'effets physiologiques directs d'une substance	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV Encoprésie :

Items 1, 4, ET 5 cotés 2

Anorexie mentale

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage		
1. Peur de devenir obèse	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Amaigrissement dû à un refus de maintenir un poids approprié (au dessous du 85% attendu)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Trouble de l'image corporelle	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Aménorrhée (absence de 3 cycles consécutifs)	0 1 2 3	0 1 2 3

Critères DSM-IV Anorexie mentale : items 1,2 du dépistage cotés 3 et item 1 du supplément coté 3.

NOTE : Pour les filles pubères, l'item 2 du supplément doit être coté 3 également

Préciser

Type restrictif

Type avec crises de boulimie/vomissements ou purgatif

Boulimie

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : moins d'une fois par semaine, **3** : une fois ou plus par semaine

Items dépistage		
1. **Méthodes pour perdre du poids**		
a. Utilise des pilules amaigrissantes	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Prend des laxatifs	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Prend des diurétiques	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Se fait vomir	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Exercice physique intensif	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Boit seulement des liquides hypocaloriques pendant une semaine ou plus	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Méthodes combinées d'amaigrissement	0 1 2 3	0 1 2 3
2. **Crises ou attaques de boulimie***	0 1 2 3	0 1 2 3

*noter uniquement les rages alimentaires (absorption importante sur une période de temps limitée)

pathologiques, ex. cachées et se terminant éventuellement en vomissements

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Items supplément

1. Manque de contrôle pendant la crise de boulimie	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Hyperpréoccupé(e) par son poids ou sa silhouette	0 1 2 3	0 1 2 3

Critères

1. Items 1 et 2 du dépistage cotés 3	Oui	Non
2. Items 1 et 2 du supplément cotés 3	Oui	Non
3. Deux fois ou plus par semaine, > 3 mois	Oui	Non
4. Exclusivement durant épisodes d'anorexie mentale	Oui	Non

Boulimie DSM-IV si critières 1-3 « oui » et 4 « non »

Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : Subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé	Catégorie
1. Difficulté à soutenir l'attention (école, tâches, jeux)	0 1 2 3	0 1 2 3	A
2. Distractibilité	0 1 2 3	0 1 2 3	A
3. Difficulté à rester assis	0 1 2 3	0 1 2 3	B
4. Impulsivité	0 1 2 3	0 1 2 3	

supplément si au moins une question ci-dessus cotée 3

Items Supplément								
1. Fait beaucoup d'erreurs d'inattention	0	1	2	3	0	1	2	3	A
2. N'écoute pas	0	1	2	3	0	1	2	3	A
3. Difficultés à suivre les directives	0	1	2	3	0	1	2	3	A
4. Difficultés à organiser les tâches	0	1	2	3	0	1	2	3	A
5. Aversion/évitement des tâches nécessitant de l'attention	0	1	2	3	0	1	2	3	A
6. Perd ses objets	0	1	2	3	0	1	2	3	A
7. Oublis fréquents dans la vie quotidienne	0	1	2	3	0	1	2	3	A
8. Agitation (bouge)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
9. Court ou grimpe de façon excessive	0	1	2	3	0	1	2	3	B
10. Monté sur ressorts (toujours prêt à partir)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
11. Difficultés à jouer tranquillement	0	1	2	3	0	1	2	3	B
12. Répond intempestivement (avant que la question ne soit complètement posée)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
13. Difficultés à attendre son tour	0	1	2	3	0	1	2	3	B
14. Interrompt ou s'impose	0	1	2	3	0	1	2	3	B
15. Change d'activité	0	1	2	3	0	1	2	3	B
16. Parle excessivement	0	1	2	3	0	1	2	3	B
17. S'engage dans des activités physiquement dangereuses	0	1	2	3	0	1	2	3	

0 : pas d'information, **1 :** absent, **2** : présent

		Épisode actuel		Épisode passé	
18. Durée d'évolution + 6 mois	0	1	2	0	1 2
19. Début avant 7 ans	0	1	2	0	1 2
20. Retentissement	0	1	2	0	1 2
a. social (pairs)	0	1	2	0	1 2
b. familial	0	1	2	0	1 2
c. scolaire	0	1	2	0	1 2

Diagnostic de TDAH

Inattention : Nombre de réponses 3 parmi les items A

Épisode actuel =

Épisode passé =

Hyperactivité/Impulsivité : Nombre de réponses 3 parmi les items B

Épisode actuel =

Épisode passé =

	Épisode actuel		**Épisode passé**	
1. Total A3 > ou= 6 + Total B3 < ou = 5 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Total B3 > ou= 6 + Total A3 < ou = 5 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Total A3 > ou = 6 + Total B3 > ou = 6 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Item 18 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Item 19 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Au moins deux domaines de retentissement cotés 2	Oui	Non	Oui	Non
7. Les critères pour un trouble envahissant du développement sont-ils remplis ?	Oui	Non	Oui	Non

TDAH DSM-IV si l'un des trois premiers items est « oui », les critères 4, 5 et 6 sont « oui », et le critère 7 est « non ».

TDAH inattentif : 1 + 4, 5, 6

Actuel : oui Non
Passé : oui Non

TDAH Impulsif/hyperactif : 2 + 4, 5, 6

Actuel : oui Non
Passé : oui Non

TDAH Mixte (Combiné) : 3 + 4, 5, 6

Actuel :	oui	Non
Passé :	oui	Non

TDAH non spécifié (symptômes prédominants d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité mais les critères du TDAH ne sont pas remplis):

Actuel :	Oui	Non
Passé :	Oui	Non

Trouble oppositionnel avec provocation

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : Subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Perd son sang-froid (Se met souvent en colère)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Se dispute (conteste) beaucoup avec les adultes	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Transgresse (désobéit) les règles	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3

Items supplément			
1. Facilement contrarié ou en colère	0	1 2 3	0 1 2 3
2. Fâché ou plein de ressentiment	0	1 2 3	0 1 2 3
3. Rancunier et vindicatif (se venge)	0	1 2 3	0 1 2 3
4. Utilise un langage grossier		Critère DSM- IIIR	
5. Fait exprès de contrarier les autres		0 1 2 3	0 1 2 3
6. Fait porter aux autres la responsabilité de ses propres erreurs		0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information ; **1** : Absent ; **2** : présent

	Épisode actuel	Épisode passé
7. Durée d'évolution + 6 mois	0 1 2	0 1 2
8. Retentissement	0 1 2	0 1 2
a. social (pairs)	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire		
9. Présence d'un facteur déclenchant	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV

	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins quatre items du dépistage et du supplément cotés 3	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 7 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins un domaine de retentissement (Item 8) cotés 2	Oui	Non	Oui	Non

Critères DSM-IV TOP si critères 1, 2 et 3 « oui ».

Actuel : Oui Non

Passé : Oui Non

Troubles des conduites

0 : Pas d'information, **1** : Absent, **2** : Subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Mensonges (dans le but de tromper, d'escroquer)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Ecole buissonnière avant 13 ans	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Commence les bagarres	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Brutalise, menace, intimide les autres	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Vols non agressifs (mais de valeur > 15 euros)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents.

Items supplément				
1. Vandalisme (casser les objets d'autrui)	0 1 2 3	0	1 2 3	
2. Participation à des effractions	0 1 2 3	0	1 2 3	
3. Vols avec agression	0 1 2 3	0	1 2 3	
4. A mis le feu	0 1 2 3	0	1 2 3	
5. Reste dehors tard la nuit	0 1 2 3	0	1 2 3	
6. Fugue la nuit (ne pas coter si c'est pour éviter des violences physiques ou sexuelles)	0 1 2 3	0	1 2 3	
7. Utilisation d'une arme	0 1 2 3	0	1 2 3	
8. Cruauté physique envers des personnes	0 1 2 3	0	1 2 3	
9. Activités sexuelles sous la contrainte	0 1 2 3	0	1 2 3	
10. Cruauté physique envers des animaux	0 1 2 3	0	1 2 3	

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : présent

	Épisode actuel	Épisode passé
11. Retentissement		
a. Social (pairs)	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
12. Durée d'évolution > 6 mois	0 1 2	0 1 2
13. Type « en groupe »	0 1 2	0 1 2
14. Type solitaire agressif	0 1 2	0 1 2
15. Type indifférencié	0 1 2	0 1 2
16. Type début dans l'enfance (< 10 ans)	0 1 2	0 1 2
17. Type début à l'adolescence	0 1 2	0 1 2

Critères de trouble des conduites

1. Au moins 3 items dépistage et supplément cotés 3,

	Épisode actuel		Épisode passé	
dont 1 présent au cours des 6 derniers mois ?				
2. Au moins un domaine de retentissement (Item 11) cotés 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Si > 18 ans, absence de Trouble de personnalité antisociale ?	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles des conduites si critères 1, 2 et 3 « oui ».

Actuel : Oui Non

Passé : Oui Non

Tics

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : subclinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Tics moteurs (observation + interrogatoire)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Tics vocaux	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : présent

Items supplément : tics moteurs simples				
1. Clignements de l'œil	0	1 2	0	1 2
2. Autres tics de la face	0	1 2	0	1 2
3. Balancement de la tête	0	1 2	0	1 2
4. Secousses des épaules	0	1 2	0	1 2
5. Mouvements des bras	0	1 2	0	1 2
6. Contractions du ventre	0	1 2	0	1 2
7. Mouvements de jambe	0	1 2	0	1 2
8. Autres	0	1 2	0	1 2

1. Toucher/tapoter des choses	0	1 2	0	1 2
2. Sauter ou tourner	0	1 2	0	1 2
3. Échopraxie/Échokinésie	0	1 2	0	1 2
4. Se blesser	0	1 2	0	1 2
5. Autres	0	1 2	0	1 2

1. Tousser/renifler/s'éclaircir la gorge	0	1 2	0	1 2
2. Grogner	0	1 2	0	1 2
3. Autres	0	1 2	0	1 2

1. Répéter ses propres mots/phrases	0	1 2	0	1 2
2. Répéter les propos des autres	0	1 2	0	1 2
3. Coprolalie	0	1 2	0	1 2
4. Insultes/injures raciales	0	1 2	0	1 2
5. Autres	0	1 2	0	1 2

a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2

Critères DSM-IV Syndrome de Gilles de la Tourette

1. Présence de tics moteurs multiples et de tics vocaux (pas forcément ensemble)	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non
Syndrome de Gilles de la Tourette	Oui	Non	Oui	Non

Items 1-6 « oui »

Critères DSM-IV Tics chroniques moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux (mais pas les deux en même temps)	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non
7. Absence du diagnostic du syndrome de Tourette	Oui	Non	Oui	Non
Tics chroniques moteurs ou vocaux	Oui	Non	Oui	Non

Items 1-6 « oui », et 7 « non »

Critères DSM-IV Tics transitoires moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée mais moins de 12 mois consécutifs ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée minimale d'évolution quatre semaines	Oui	Non	Oui	Non

5. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de diagnostic du syndrome de Tourette ou des tics chroniques	Oui	Non	Oui	Non
Tics transitoires moteurs ou vocaux	Oui	Non	Oui	Non
Items 1-6 « oui »				

Consommation de substances toxiques

Tabac

	Parents		Enfant	
1. A déjà fumé du tabac ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Si oui, quantité de cigarettes consommées				
a. Usage actuel (nb/j)	---		---	
b. Plus grande quantité (nb/j)	---		---	
3. Age de la première consommation régulière (> 1/j)	---		---	
4. A déjà essayé d'arrêter :	0 1 2		0 1 2	
5. A déjà arrêté :	0 1 2		0 1 2	
6. Si oui, plus long arrêt en mois :	---		---	

Alcool

Items dépistage	**Épisode actuel**	**Épisode passé**
1. Âge de la première consommation régulière d'alcool	---	---
2. Au moins deux boissons alcoolisées par semaine, quatre fois ou plus	0 1 2	0 1 2
Si item #2 coté 2, poursuivre le dépistage		
1. Quantité en une journée (> 3 boissons)	0 1 2	0 1 2 (> 3 boissons)
2. Fréquence (j/sem)	0 1 2 (> 3 jours)	0 1 2 (> 3 jours)
3. Préoccupation d'autres personnes à propos de ta consommation d'alcool	0 1 2	0 1 2

Si un des items coté 2, remplir le supplément abus/dépendance

Items supplément

1. Fréquence (fois/sem) (score max > 3/sem)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Quantité en une fois (> 3 verres/fois)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Boit plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Conséquences négatives physiques	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négatives psychologiques (humeur/colère)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives scolaires - professionnelles	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives sociales (difficultés relationnelles)	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Csq négatives légales (actes antisociaux)	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Avoir été sous l'emprise de l'alcool pour remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Réduction ou abandon activités importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Temps perdu passé à boire	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tolérance (boire + pour mêmes effets)	0 1 2 3	0 1 2 3
14. A tenté d'arrêter (1-2 tentatives)	0 1 2 3	0 1 2 3

	Épisode actuel		Épisode passé	
15. Symptômes de sevrage	0 1 2		0 1 2	
16. Consommation pour éviter sevrage	0 1 2		0 1 2	
17. Durée > 1 mois des signes de sevrage	0 1 2		0 1 2	
Abus d'alcool DSM IV				
Au moins un item 4-10 coté 3	Oui	Non	Oui	Non
Dépendance alcool DSM IV				
Au moins 3 items 3-17 cotés 3 sur 1 an	Oui	Non	Oui	Non

***Note** : les items 4 à 10 sont considérés ici comme un seul item.*

Substances psychotropes

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Consommation de drogues		
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Stimulants	0 1 2	0 1 2
c. Sédatifs/Hypnotiques/Anxiolytiques	0 1 2	0 1 2
d. Cocaïne	0 1 2	0 1 2
e. Opiacés	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Hallucinogènes	0 1 2	0 1 2
h. Solvants, produits inhalés	0 1 2	0 1 2
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB …)	0 1 2	0 1 2
2. Fréquence (plus grande fréquence pendant les 6 derniers mois)		
(**0** : Pas d'information ; **1** : Absent ; **2 :** < 1 fois/mois ; **3** : plus d'une fois/mois		
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Stimulants	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sédatifs/Hypnotiques/Anxiolytiques	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaïne	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opiacés	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Hallucinogènes	0 1 2 3	0 1 2 3
h. solvants, produits inhalés	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB …)	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polyintoxication	0 1 2 3	0 1 2 3

Items supplément (à faire remplir pour chaque produit consommé)	**Épisode Actuel**	**Épisode passé**
1. Fréquence par semaine (3 : trois fois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Consomme plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Csq négatives physiques	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives psychologiques (humeur)	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négatives professionnelles – scolaires	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives sociales	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives légales	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Était sous l'emprise du produit pour remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Activités importantes abandonnées ou réduites à cause de la consommation	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Temps passé à consommer	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Tolérance	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tentative d'arrêt	0 1 2 3	0 1 2 3
14. Symptômes de sevrage	0 1 2 3	0 1 2 3
15. Consommation pour éviter manque	0 1 2 3	0 1 2 3
16. Durée signes de sevrage (1 mois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3

Abus de substances DSM-IV (Préciser lesquelles)

Au moins un item 3-9 coté 3	Oui	Non	Oui	Non
Dépendance à une substance DSM-IV (préciser lesquelles)				
Au moins trois items 2-16 cotés 3 (à un quelconque moment de la même période de 12 mois)	Oui	Non	Oui	Non

***Note** : les items 3 à 9 sont considérés ici comme un seul item.*

État de stress post-traumatique

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : présent

Items dépistage - 1ère partie						
1. Événements traumatisants						
a. Accident d'automobile	0	1	2	0	1	2
b. Autre accident	0	1	2	0	1	2
c. Feu	0	1	2	0	1	2
d. Témoin d'une catastrophe	0	1	2	0	1	2
e. Témoin d'une infraction violente	0	1	2	0	1	2
f. Victime d'une infraction violente	0	1	2	0	1	2
g. Reçoit des nouvelles traumatisantes	0	1	2	0	1	2
h. Témoin de violences domestiques	0	1	2	0	1	2
i. Abus physique	0	1	2	0	1	2
j. Abus sexuel	0	1	2	0	1	2
k. Autre	0	1	2	0	1	2

Faire la 2e partie dépistage si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

Items dépistage – 2e partie						
1. Pensées ou images récurrentes de l'événement	0	1	2	0	1	2
2. Efforts pour éviter les pensées ou les sensations associées au traumatisme	0	1	2	0	1	2
3. Cauchemars	0	1	2	0	1	2
4. Insomnie	0	1	2	0	1	2
5. Irritabilité ou crises de colère	0	1	2	0	1	2

Faire la partie supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

Items supplément						
1. Jeux répétitifs reliés à l'événement/reconstitution	0	1	2	0	1	2
2. Épisode dissociatifs, illusions ou hallucinations						
a.Épisodes dissociatifs	0	1	2	0	1	2
b. Illusions	0	1	2	0	1	2
c. Hallucinations	0	1	2	0	1	2
3. Détresse secondaire à l'exposition à des indices qui évoquent l'événement	0	1	2	0	1	2
4. Efforts pour éviter les activités ou les situations qui font penser au traumatisme	0	1	2	0	1	2
5. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme	0	1	2	0	1	2
6. Réduction de l'intérêt pour les activités	0	1	2	0	1	2
7. Détachement ou bizarrerie	0	1	2	0	1	2
8. Affect restreint	0	1	2	0	1	2
9. Sensation que l'avenir est bloqué	0	1	2	0	1	2
10. Difficulté à se concentrer	0	1	2	0	1	2
11. Hypervigilance	0	1	2	0	1	2
12. Réaction de susaut exagérée	0	1	2	0	1	2

13. Réactivité physiologique	0	1	2	0	1	2
14. Torpeur	0	1	2	0	1	2
15. Réduction de la conscience de son environnement	0	1	2	0	1	2
16. Déréalisation	0	1	2	0	1	2
17. Dépersonnalisation	0	1	2	0	1	2

18. Retentissement	0	1	2	0	1 2
a. social	0	1	2	0	1 2
b. familial	0	1	2	0	1 2
c. scolaire	0	1	2	0	1 2

Critères DSM-IV État de stress post-traumatique :

Critères		
1. Au moins 1 des items suivants : 1, 3 du dépistage, 1, 2, 3, 13 du supplément	Oui	Non
2. Au moins 3 des items suivants : 2 du dépistage, 4, 5, 6, 7, 8, 9 du supplément	Oui	Non
3. Au moins 2 des items suivants : 4, 5 du dépistage, 10, 11, 12 du supplément	Oui	Non
4. Durée au moins un mois	Oui	Non
5. Item 18a, 18b, ou 18c coté 2	Oui	Non

Critères DSM-IV État de stress aigu :

Critères		
1. Au moins 3 des items suivants : 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17 du supplément *Note : les items 7, 8 et 14 comptent pour un seul*	Oui	Non
2. Au moins 1 des items suivants : 1, 3 du dépistage, 1, 2, 3, 13 du supplément	Oui	Non
3. Au moins 1 des items suivants : 2 du dépistage, 4 du supplément	Oui	Non
4. Au moins 1 des items suivants : 4, 5 du dépistage, 10, 11, 12 du supplément	Oui	Non
5. Durée minimum 2 j, maximum 4 sem	Oui	Non
6. Survenue dans les 4 sem suivant l'événement	Oui	Non
7. Item 18a, 18b, ou 18c coté 2	Oui	Non
8. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	No

INVENTAIRE DES RAISONS DE VIVRE POUR ADOLESCENTS MODIFIÉ

*Imagine qu'une personne de ton âge pense à se suicider et se confie à quelqu'un. Ce questionnaire énumère des **raisons précises** qu'une personne peut avoir de rester en vie lorsqu'elle pense à se suicider. Lis attentivement chacun des énoncés et choisis le chiffre qui décrit le mieux **quelle importance** tu accordes à chacune de ces raisons **de ne pas se suicider**.*

Utilise l'échelle ci-dessous et entoure le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé. Considère toutes les possibilités de réponses afin de ne pas choisir seulement les chiffres au milieu (2, 3, 4, 5) ou aux extrémités.

1= Pas du tout **important**	**2=** Vraiment **non important**	**3=** Plutôt **non important**	**4=** Plutôt **important**	**5=** Vraiment **important**	**6=** Extrêmement **important**

Lorsque qu'on a un problème, on peut se tourner vers sa famille pour obtenir du soutien et des conseils.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ce serait douloureux et effrayant de s'enlever la vie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On s'accepte tel qu'on est.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On a le goût de vivre plein de choses en vieillissant.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Les amis nous soutiennent quand on a un problème.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On se sent aimé et accepté par ses amis proches.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On se sent affectivement proche de sa famille.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On a peur de mourir, alors on ne pense pas à se tuer.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

On s'aime comme on est.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Les amis se soucient beaucoup de nous.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On aimerait réaliser ses projets ou ses buts dans le futur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
La famille prend le temps d'écouter nos expériences à l'école, au travail ou à la maison.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

1= Pas du tout **important**	**2=** Vraiment **non important**	**3=** Plutôt **non important**	**4=** Plutôt **important**	**5=** Vraiment **important**	**6=** Extrêmement **important**

On s'attend à ce que beaucoup de bonnes choses nous arrivent dans le futur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On est satisfait de soi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On espère réaliser ses projets ou ses buts dans l'avenir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On croit que nos amis nous apprécient quand on est avec eux.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On aime être avec sa famille.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On pense être une personne bien.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On s'attend à réussir dans l'avenir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
La pensée de se tuer nous effraie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On a peur de se tuer, quelque soit la méthode.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

On peut compter sur ses amis pour être aidé si on a un problème.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
La plupart du temps, la famille encourage et appuie nos projets et nos buts.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
La famille se soucie de la façon dont on se sent.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
L'avenir semble tout à fait encourageant et prometteur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On a peur de se tuer.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Les amis nous acceptent tel qu'on est vraiment.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On a plusieurs projets qu'on a hâte de réaliser.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On se sent bien dans sa peau.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
La famille se soucie beaucoup de ce qui nous arrive.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On est content de soi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
On serait effrayé ou apeuré de faire des plans pour se tuer.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

Nb : La version donnée à l'enfant n'est pas ainsi colorée mais pour plus de clarté nous avons figuré ici par un code couleur les appartenances aux diverses sous échelles.

- *Espérance face au Futur (EF)*
- *Peur du Suicide (PS)*
- *Liens Familiaux (LF)*
- *Acceptation par les Pairs et Soutient (APS)*
- *Confiance en Soi (CS)*

Ab-DIB :

Lis chacune des questions et réponds de la manière qui te décrit le mieux :

1) Est-ce que tu commets souvent de imprudences (comme prendre des risques ou faire des choses dangereuses), par exemple choisir des amis dont tu sais qu'ils sont violents ?
2) As-tu quelquefois l'impression que tes pensées sont transmises de sorte que les autres sont au courant de ce que tu penses ?
3) As-tu déjà eue des relations sexuelles ?
4) Si OUI, à quel âge a tu eue ta première expérience ?
5) As-tu déjà, au cours de ta vie, essayé de te tuer ? Je veux dire par là une action, un geste pour te tuer ?
6) Si OUI, combien de fois as-tu essayé de te tuer ?
7) Quel âge avait-tu la première fois que tu as essayé de te tuer ?
8) Au cours de la dernière année, as tu beaucoup pensé à la mort ? Si OUI ces pensées ont elles durée plus de deux semaines ?
9) Soupçonnes-tu les autres de vouloir te faire du mal ? T'arrive-t-il d'avoir l'impression d'être suivi ?
10) Au cours de la dernière année, as-tu participé à une grosse bagarre pendant laquelle on se donnait des coups de poings et on se frappait ?
11) As-tu déjà dit a quelqu'un que tu allais te suicider ?
12) As-tu déjà bu de l'alcool régulièrement avant l'âge de 2 ans ? (ex : plus d'une fois par mois)
13) Sens-tu que tu as des dons particuliers, comme des pouvoirs que personne d'autre que tu connais ne possède ?
14) As-tu quelquefois l'impression que tes idées sont troublées (ou que l'on tente de te mettre dans la tête des idées qui ne sont pas les tiennes) ?
15) As tu été triste la plupart du temps durant la dernière année ?
16) As-tu souvent l'impression que les autres parlent dans ton dos ou se moquent de toi ?

17) Crois tu que ton destin est spécial, par exemple que tu as été choisi(e) pour jouer un rôle spéciale dans ce monde ?
18) As-tu souvent pensé à te tuer durant deux semaines ou plus au cours de la dernière année ?
19) Avais tu un plan précis de la façon dont tu te tuerais ?
20) As tu été bougon, grognon, de mauvaise humeur la plupart du temps durant la dernière année ?
21) Les jours ou tu été ainsi (bougon, grognon…), est-ce que cela durait presque toute la journée ?
22) T'arrive-t-il souvent de penser que tu ne vaux rien et qu'il n'y a rien a faire avec toi ?
23) As-tu déjà eu des apparitions ou des visions alors que tu étais complètement éveillé(e), comme voir une personne absente ou comme si des personne prenaient des figures de monstres ?
24) As-tu déjà fait usage de drogues illégales comme la marijuana, le cannabis, le haschich, le crack, la cocaïne ou autres ?

INVENTAIRE DE DÉPRESSION de BECK II (BDI-II)

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lis avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisis **l'énoncé** qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des **deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encercle alors le chiffre placé devant l'énoncé que tu as choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, tu en trouves plusieurs qui semblent décrire également bien tes sentiments, choisis celui qui a le chiffre le plus élevé et encercle ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no 16 (changement aux habitudes de sommeil) et le groupe no 18 (changement à l'appétit).

1. **Tristesse**
   - 0 Je ne me sens pas triste.
   - 1 Je me sens très souvent triste.
   - 2 Je suis toujours triste.
   - 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas endurable.

2. **Pessimisme**
   - 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
   - 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
   - 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
   - 3 Je n'ai aucun espoir dans l'avenir et je sens qu'il ne peut qu'empirer.

3. **Échecs dans le passé**
   - 0 Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie.
   - 1 J'ai subi plus d'échecs que je n'aurais dû.
   - 2 Quand je pense à mon passé, je vois un grand nombre d'échecs.
   - 3. J'ai l'impression d'être un échec complet en tant qu'être humain.

4. **Perte de plaisir**
   - 0 Les choses qui me plaisent me procurent autant de satisfaction qu'avant.
   - 1 Les choses ne me procurent pas autant de satisfaction qu'avant.
   - 2 Je retire très peu de satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.
   - 3. Je ne retire aucune satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.

5. **Sentiments de culpabilité**

0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.

2 Je me sens coupable la plupart du temps.

3 Je me sens tout le temps coupable.

6. **Sentiment d'être puni(e)**

0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).

2 Je m'attends à être puni(e).

3 Je sens que je suis puni(e).

7. **Sentiments négatifs envers soi**

0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.

1 J'ai perdu confiance en moi.

2 Je suis déçu(e) de moi-même.

3 Je ne m'aime pas.

8. **Attitude critique envers soi**

0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.

2 Je me reproche tous mes défauts.

3 Je me sens responsable de tous les malheurs qui arrivent.

9. **Pensées ou désirs de suicide**

0 Je ne pense pas du tout à me suicider.

1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.

2 J'aimerais me suicider.

3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. **Pleurs**

0 Je ne pleure pas plus qu'avant.

1 Je pleure plus qu'avant.

2 Je pleure pour la moindre petite chose.

3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. **Agitation**

0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou m'occuper à quelque chose.

12. **Perte d'intérêt**

0 Je n'ai pas perdu intérêt pour les gens et pour diverses activités.

1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.

2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.

3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. **Indécision**

0 Je prends des décisions aussi bien qu'avant.

1 Il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions.

2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.

3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. **Dévalorisation**

0 Je ne considère pas que je suis sans valeur.

1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.

2 Je sens que je vaux moins que les autres.

3 J'ai l'impression que je ne vaux absolument rien.

15. **Perte d'énergie**

0 J'ai autant d'énergie qu'avant.

1 J'ai moins d'énergie qu'avant.

2 Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose.

3 Je n'ai pas suffisamment d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. **Changement aux habitudes de sommeil**

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1 Je dors un peu plus que d'habitude.
2 Je dors un peu moins que d'habitude.
3 Je dors beaucoup plus que d'habitude.
4 Je dors beaucoup moins que d'habitude.
5 Je dors presque toute la journée.
6 Je me réveille une ou deux heures avant le temps et je suis incapable de me rendormir.

17. **Irritabilité**

0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18. **Changement à l'appétit**

0 Mon appétit n'a pas changé.
1 J'ai un peu moins d'appétit qu'avant.
2 J'ai un peu plus d'appétit qu'avant.
3 J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant.
4 J'ai beaucoup plus d'appétit qu'avant.
5 Je n'ai pas d'appétit du tout.
6 J'ai constamment envie de manger.

19. **Difficulté à se concentrer**

0 Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'avant.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. **Fatigue**

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire beaucoup des choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. **Perte d’intérêt pour le sexe**

0 Je n’ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 Le sexe m’intéresse moins qu’avant.

2 Le sexe m’intéresse beaucoup moins maintenant.

3 J’ai perdu tout intérêt pour le sexe.

VII/ BIBLIOGRAPHIE

1. Guilé JM. États limites et troubles de personnalité chez l'enfant et l'adolescent. In: Habimana E, Tousignant M, editors. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Gaetan Morin; Montréal: 1999. pp. 257–278. In.
2. Berstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever L, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. American Journal of Psychiatry. 1993;150:1237–1243.
3. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. Journal of Personality Disorders 2004;18(6):526-541.
4. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. Am J Psychiatry. 2002 Dec;159(12):2042–7.
5. Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. Canadian Journal of Psychiatry, 46(9), 847-849.
6. Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Duconge, E., Callahan, S., & Mullet, E. (2003). [Frequency of borderline personality disorders/among adolescents]. Encephale, 29(1), 83-84.
7. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clinical Psychology Review 2008;28:969-981.
8. Bondurant H, Greenfield B, Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. The canadian Child and Adolescent Psychiatry Review 2004;13(3):53-57.
9. Mattanah JJF, Becker DF, Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. American Journal of Psychiatry 1995;152(6):889-894.
10. Crawford TN, Cohen P, Brook JS. Dramatic-erratic personality disorder symptoms: I. Continuity from early adolescence into adulthood. Journal of personality Disorders 2001;15(4):319-335.
11. Speranza M, Pham-Scottez A, Revah-Levy A, Barbe RP, Perez-Diaz F, Birmaher B, et al. Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2012 Apr;57(4):230–7.

12. Kernberg O. Les troubles limites de la personalité. Toulouse: Eds Privat; 1989. In.
13. Bergeret J. La personnalité normale et pathologique - broché - Jean Bergeret - Livre.
14. Gicquel L, Pham-Scottez A, Robin M, Corcos M. États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2011 Aug;59(5):316–22.
15. Linehan M. Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press; 1993. 584 p.
16. Cailhol L, Speranza M, Rodgers R, Perez-Diaz F, Guelfi J-D, Pham-Scottez A, et al. Interaction avec les troubles cliniques associés (Axe 1). In: Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Dunod. 2013.
17. Loas G, Pham-Scottez A, Cailhol L, Perez-Diaz F, Corcos M, Speranza M. Axis II comorbidity of borderline personality disorder in adolescents. Psychopathology. 2013;46(3):172–5.
18. Greenfield B, Henry M, Weiss M, Tse SM, Guilé JM, Dougherty G, Zhang X, Fombonne E, Lis E, Lapalme-Remis S, Harnden B. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;17(4):197-208.
19. Tse, S.M., Bondurant, H., Greenfield, B., Guilé ,J.M.. Evolution of the BPD construct among previously suicidal adolescents, AACAP-CACAP Joint annual meeting, Toronto, 2005, Octobre 18-23.
20. Knafo A, Greenfield B, Guilé J-M. Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2014 Jan;62(1):3–9.
21. Lenzenweger MF. Stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. Archives of General Psychiatry 1999;56(11):1009-1015.
22. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Development and Psychopathology 2009;21(4):1335-1353.
23. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJF, Edell WS, Mc Glashan TH. Borderline personality disorder in adolescents : ubiquitous or specific ? American Journal of Psychiatry 1994;151(9):1380-1382.
24. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. American Journal of Psychiatry 2002;159:2042-2047.
25. Meijer M, Goedhart AW, Treffers PDA. The persistence of borderline personality disorder in adolescence. Journal of Personality Disorders 1998;12:13-22.
26. Whittle S, Chanen AM, Fornito A, McGorry PD, Pantelis C, Yücel M. Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2009 May 15;172(2):155–60.
27. Goodman M, Hazlett EA, Avedon JB, Siever DR, Chu K-W, New AS. Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. J

Psychiatr Res. 2011 Jun;45(6):803–7.
28. Chanen AM, Velakoulis D, Carison K, Gaunson K, Wood SJ, Yuen HP, et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. Psychiatry Res. 2008 Jul 15;163(2):116–25.
29. Greenfield B, Henry M, Lis E, Slatkoff J, Guilé J-M, Dougherty G, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015 Apr;24(4):397–406.
30. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2007 Jun;164(6):929–35.
31. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry. 2010 Jun;167(6):663–7.
32. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. Acta Psychiatr Scand. 2014 Mar 4;
33. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2007;3:181–205.
34. Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2003 Feb;182:135–40.
35. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD005652.
36. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(2):146–57.
37. Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011;5(1):3.
38. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011 Apr;20(2):205–16.
39. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2003 Jun;48(5):301–10.

40. Breton, J.J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., et Guilé, J.M. (2011). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 21(1), 16-22.

41. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. J Consult Clin Psychol. 1983 Apr;51(2):276–86.

42. Frankl VE. From death-camp to existentialism: A psychiatrist's path to a new therapy. First Edition edition. Beacon Press; 111 p.

43. Frankl V. Découvrir un sens à sa vie : Avec la logothérapie. Édition : Âge d'homme. Montréal: Les Editions de l'Homme; 1988. 164 p.

44. Beck AT. THINKING AND DEPRESSION. I. IDIOSYNCRATIC CONTENT AND COGNITIVE DISTORTIONS. Arch Gen Psychiatry. 1963 Oct;9:324–33.

45. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, Psychiatry U of PD of, Prevention NI of MH (U S) C for S of S. The Prediction of suicide. Charles Press Publishers; 1974. 272 p.

46. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974 Dec;42(6):861–5.

47. Beck AT. Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook. Reprint edition. London; New York: Routledge; 1991. 272 p.

48. Connell DK, Meyer RG. The reasons for living inventory and a college population: adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. J Clin Psychol. 1991 Jul;47(4):485–9.

49. Osman A, Gifford J, Jones T, Lickiss L, Osman J, Wenzel R. Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. Psychol Assess. 1993;5(2):154–8.

50. Osman A, Kopper BA, Linehan MM, Barrios FX, Gutierrez PM, Bagge CL. Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. Psychol Assess. 1999;11(2):115–23.

51. Range LM, Penton SR. Hope, hopelessness, and suicidality in college students. Psychol Rep. 1994 Aug;75(1 Pt 2):456–8.

52. Labelle R, Lachance L, Morval M. Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. [Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory.]. Sci Comport. 1996;24(3):237–48.

53. Dobrov E, Thorell LH. "Reasons For Living" – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. Nord J Psychiatry. 2004 Jan 1;58(4):277–85.

54. Cole DA. Validation of the reasons for living inventory in general and delinquent adolescent samples. J Abnorm Child Psychol. 1989 Feb;17(1):13–27.
55. Pinto A, Whisman MA, Conwell Y. Reasons for living in a clinical sample of adolescents. J Adolesc. 1998 Aug;21(4):397–405.
56. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Besett T, Linehan MM. The brief Reasons for Living Inventory for adolescents (BRFL-A). J Abnorm Child Psychol. 1996 Aug 1;24(4):433–43.
57. Osman A, Downs WR, Kopper BA, Barrios FX, Baker MT, Osman JR, et al. The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. J Clin Psychol. 1998 Dec;54(8):1063–78.
58. Khodabakhshi Koolaee A, Mahmmodi O. Standardization of Reasons for Living Inventory for adolescents: Iran Rehabil J. 2008 Dec 15;6(7):47–58.
59. Labelle R, Breton J-J, Berthiaume C, Royer C, Raymond S, Cournoyer M, et al. Psychometric properties of three measures of protective factors for depression and suicidal behaviour among adolescents. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2015 Feb 1;60(2 Suppl 1):S16–26.
60. Rietdijk EA, van den Bosch LM, Verheul R, Koeter MW, van den Brink W. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. J Personal Disord. 2001 Dec;15(6):512–20.
61. Knafo A, Labelle R, Guilé J-M, Belloncle V, Mille C, Mirkovic B, et al. Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc [Internet]. [cited 2014 Aug 27]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961713002316
62. Lauth B, Arnkelsson GB, Magnússon P, Skarphéðinsson GÁ, Ferrari P, Pétursson H. Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. Nord J Psychiatry. 2010 Dec;64(6):409–20.
63. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. Journal of Personality Disorders. 1989;3(1):10–18.
64. Guilé JM, Greenfield B, Fombonne É, Dray P, Ahmadi S, Larson C. Development of an abbreviated version of the diagnosis interview for borderlines. European Child and Adolescent Psychiatry. 2003;12(Suppl 2):139.
65. Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in an adolescent clinical population Jean Marc Guile Brian Greenfield Claude Berthiaume Cimon Chapdelaine Lise Bergeron.

66. S. Miller J, Daniel L. Segal, Frederick L. Coolidge. A Comparison of Suicidal Thinking and Reasons for Living Among Younger and Older Adults. Death Stud. 2001 Jun 1;25(4):357–65.
67. Hirsch, J. K., & Ellis, J. B. (1996). Differences in life stress and reasons for living among college suicide Ideators and non- ideators.College Student Journal, 30, 377–386.
68. Strosahl, K., Chiles, J. A., & Linehan, M. M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasui- cides: Reasons for living, hopelessness, and depres- sion. Comprehensive Psychiatry, 33, 366–373.
69. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2014 Jan;62(1):22–7.
70. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Oct;48(10):1005–13.
71. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. Perspect Psy. 2012 Nov 22;Vol. 51(4):374–85.